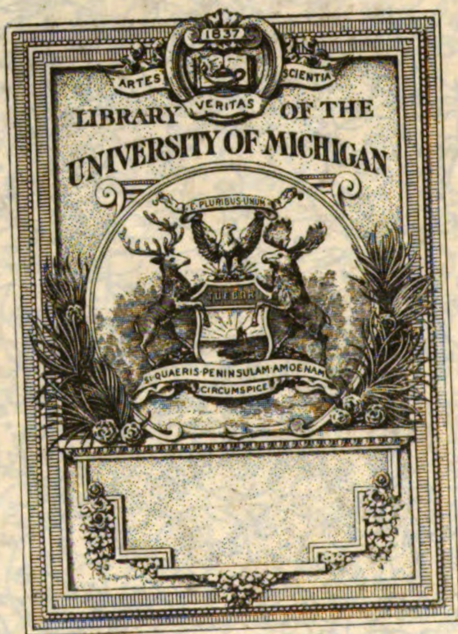
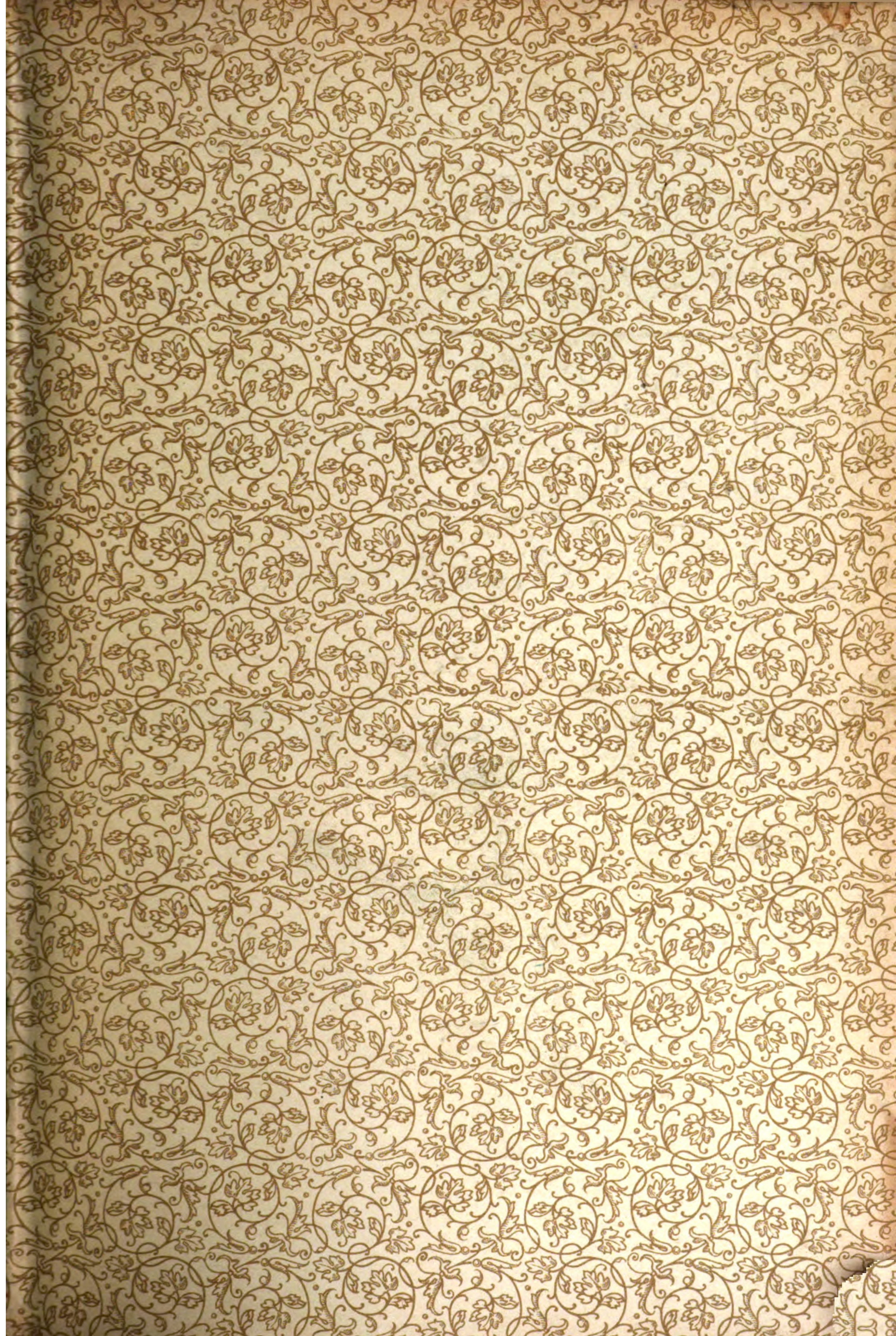
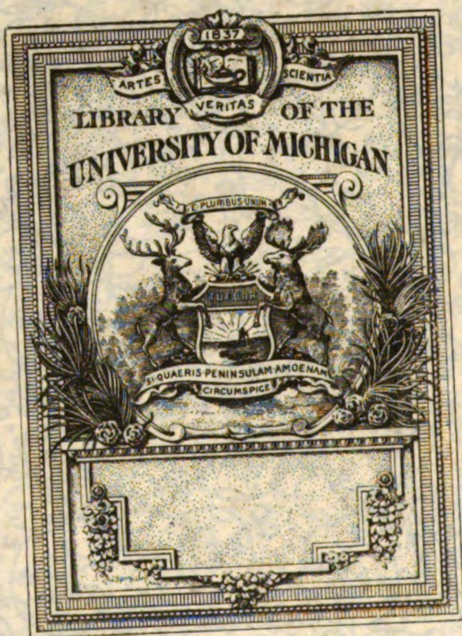
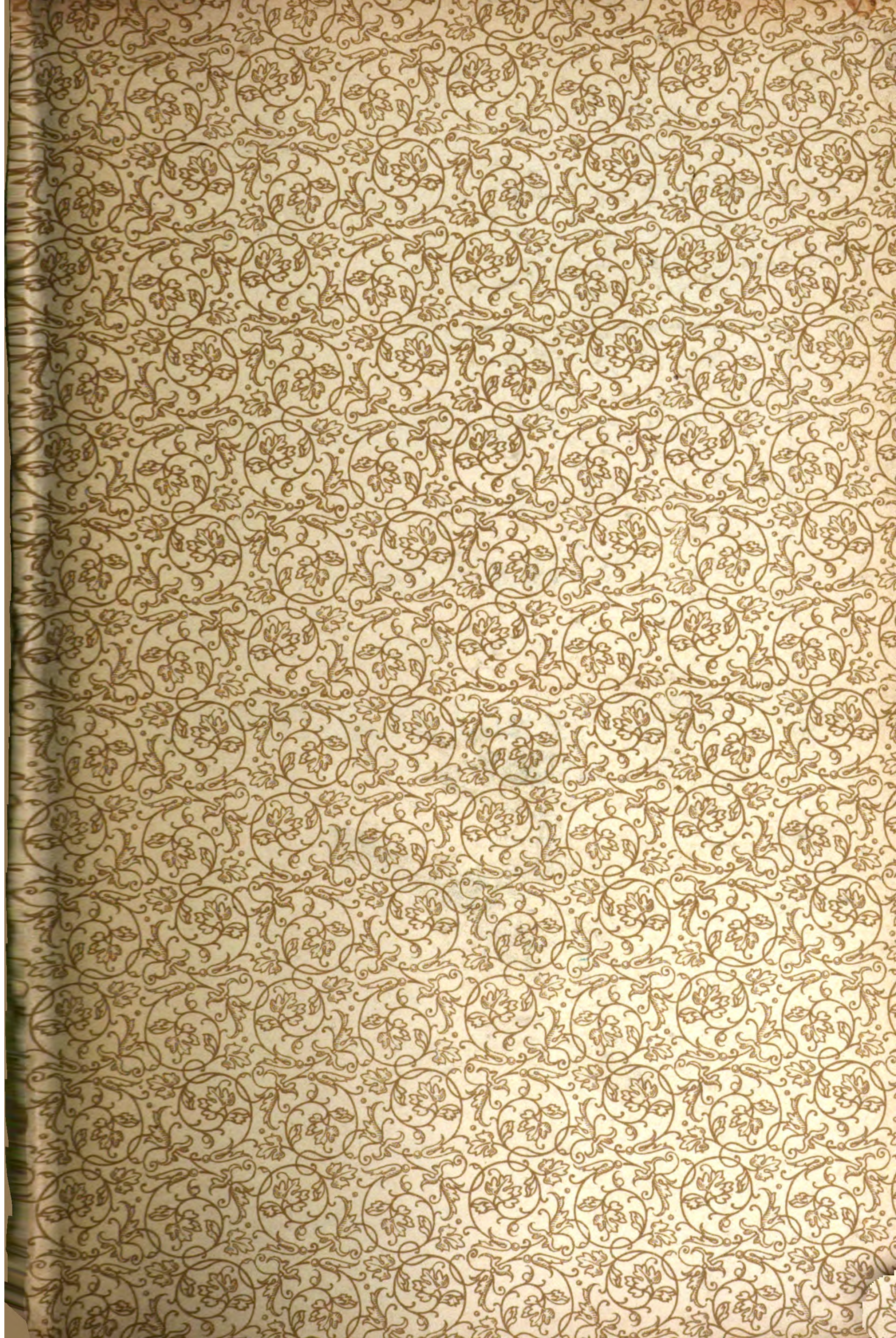

B 3 9015 00244 316 9
University of Michigan – BUHR


1837
ARTES
SCIENTIA
VERITAS
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
E PLURIBUS UNUM
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE




1837
ARTES
SCIENTIA
VERITAS
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
E PLURIBUS UNUM
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE



JAHRESBERICHT

ÜBER DIE

FORTSCHRITTE

AUF DEM GEBIETE DER

GEBURTSHILFE UND GYNÄKOLOGIE

JAHRESBERICHT

ÜBER DIE

FORTSCHRITTE

AUF DEM GEBIETE DER

GEBURTSHILFE UND GYNÄKOLOGIE.

UNTER DER MITWIRKUNG VON

DR. L. ADLER (WIEN), DR. B. ASCHNER (HALLE), DR. K. BAISCH (MÜNCHEN), DR. E. BRACHT (BERLIN), DR. BRANDT (CHRISTIANIA), DR. K. FRANZ (BERLIN), DR. H. W. FREUND (STRASSBURG I/E.), DR. F. FROMME (BERLIN), DR. A. HAMM (STRASSBURG I E.), DR. W. HANNES (BRESLAU), DR. K. HEGAR (FREIBURG I/BR.), DR. TH. HEYNEMANN (HALLE), DR. HINSELMANN, BONN, DR. F. HITSCHMANN (WIEN), DR. O. HORN (KOPENHAGEN), DR. R. JASCHKE (GIESSEN), DR. H. JENTTER (ST. PETERSBURG), DR. K. KAMANN (MAGDEBURG), DR. F. KERMAUNER (WIEN), DR. L. KNAPP (PRAG), A. J. M. LAMERS (AMSTERDAM), DR. S. LINDQVIST (STOCKHOLM), DR. MENDES DE LEON (AMSTERDAM), DR. R. MEYER (BERLIN), DR. NEUGEBAUER (WARSCHAU), DR. K. REIFFERSCHEID (BONN), DR. E. RUNGE (BERLIN), DR. M. STICKEL (BERLIN), DR. W. STOECKEL (KIEL), DR. M. STUMPF (MÜNCHEN), DR. TEMESVÁRY (BUDAPEST), DR. J. VEIT (HALLE), DR. ZUR VERTH (KIEL), DR. H. WALTHER (GIESSEN), DR WIEMER (HERNE I/W.), DR. W. ZIETZSCHMANN (BREMERHAVEN), DR. A. ZINSSER (BERLIN).

REDIGIERT VON

PROF. DR. K. FRANZ UND **PROF. DR. J. VEIT**
IN BERLIN. IN HALLE.

REGISTER BEARBEITET VON PROF. DR. ROTH (HALLE A/S.)

XXVII. JAHRGANG.

BERICHT ÜBER DAS JAHR 1913.

WIESBADEN.

VERLAG VON J. F. BERGMANN.

1914.

Druck der Königl. Universitätsdruckerei H. Stürtz A. G., Würzburg.

Inhalt.

I. Gynäkologie.

II. Geburtshilfe.

Aufforderung.

Die Redaktion des vorliegenden Jahresberichts richtet an die Herren Fachgenossen die Bitte, sie durch Übersendung von Separatabdrücken ihrer Veröffentlichungen weiter zu unterstützen und insbesondere an die Vorstände der Kliniken die Bitte, die jungen Doktoren zur Einsendung ihrer Dissertationen zu veranlassen.

Sämtliche Literaturangaben, bei welchen das Jahr des Erscheinens nicht besonders bemerkt ist, sind auf das Berichtsjahr — 1913 — zu beziehen.

I. TEIL.

GYNÄKOLOGIE.

I.

Lehrbücher.

Referent: Prof. Dr. W. Stoeckel, Kiel.

1. Aarons, S. J., The aids to gynaecology. London, Baillière, Tindall u. Co. 5. Aufl.
2. *Abderhalden, E., Abwehrfermente des tierischen Organismus gegen körper-, blut-, plasma- und zellfremde Stoffe etc. 3. Aufl. Berlin, J. Springer.
3. Ashton, W. E., A Textbook on the practice of gynecology. London and Philadelphia, W. B. Saunders Co. 1912. 5. Aufl.
4. *Baisch, K., Leitfaden der geburtshilflichen und gynäkologischen Untersuchung. Leipzig, Georg Thieme.
5. Barbour, H. F., und B. P. Watson, Gynaecological diagnosis and pathology. London and Edinbourgh. William Green and Sons.
6. *Blumreich, L., Der gynäkologische Untersuchungskursus am natürlichen Phantom als Ergänzung und Ersatz der Untersuchungsübungen an der Lebenden. Wiesbaden, J. F. Bergmann.
7. *Bier, A., H. Braun, H. Kümmell, Chirurgische Operationslehre in drei Bänden. Leipzig, J. A. Barth.

7a. Crossen, H. St., Diagnosis and treatment of diseases of women. 3. edition. London. 1025 Seiten.

8. Dudley, E. C., and H. M. Stowe, Gynecology. The practical medicine series. Vol. 4. Chicago, the year book publishers.
9. *Fehling, H., und K. Franz, Lehrbuch der Frauenkrankheiten. 4. Aufl. Stuttgart, Enke.
10. Fischer-Dückelmann, A., Die Frau als Hausärztin. Stuttgart, Süddeutsches Verlagsinstitut.
11. *v. Frankl-Hochwart, L., C. v. Noorden, A. v. Strümpell, Die Erkrankungen des weiblichen Genitales in Beziehung zur inneren Medizin. Wien und Leipzig, A. Hölder. Bd. 2.
12. *Freund, W. A., Leben und Arbeit, Gedanken und Erfahrungen über Schaffen in der Medizin. Berlin, J. Springer.
13. *Fromme, Fr., und O. Ringleb, Lehrbuch der Kystophotographie. Wiesbaden, J. F. Bergmann.
14. *Goldschmidt, R., Einführung in die Vererbungswissenschaft in 22 Vorlesungen für Studierende, Ärzte und Züchter. Leipzig, W. Engelmann.
15. *Goldstein, Über Rassenhygiene. Berlin, J. Springer.
16. Hellmann, Die Frauenkrankheiten und die soziale Bekämpfung derselben. Moskau 1912. (H. Jentter.)
17. Herman, G. E., Diseases of women a clinical guide to their diagnosis and treatment. 2. Aufl. London, Cassell and Co. Limited.
18. *Hirsch, M., Archiv für Frauenkunde und Eugenik. Würzburg 1914.
19. Hirsch, Rahel, Die Körperkultur der Frau. Wien, Urban und Schwarzenberg.
20. *Hofmeier, M., Handbuch der Frauenkrankheiten. 15. Aufl. Leipzig, F. C. Vogel.

21. Lewers, A. H., A practical Textbook of the diseases of women. London, H. K. Lewis. 1912. 7. Aufl.
22. *Martin, A., und Ph. Jung, Pathologie und Therapie der Frauenkrankheiten. 4. Aufl. Ins Englische übersetzt von H. Schmitz (Chicago). London, Rebman Limited. 1912.
23. *Menge und Opitz, Handbuch der Gynäkologie. Wiesbaden, J. F. Bergmann.
24. *Opitz, E., Deutsche Frauenheilkunde (Geburtshilfe, Gynäkologie und Nachbargebiete in Einzeldarstellungen). Wiesbaden, J. F. Bergmann.
25. *Plate, L., Vererbungslehre. Leipzig, W. Engelmann.
26. Ploss, H., und M. Barthels, Das Weib in der Natur- und Völkerkunde. 10. Aufl. Leipzig, Th. Grieben.
27. Stevens, T. G., Diseases of women. London, Hodder and Stoughton. 1912.
28. Stratz, C. H., Die Schönheit des weiblichen Körpers. Stuttgart, F. Enke. 22. Aufl.
29. *— Die Darstellung des menschlichen Körpers in der Kunst. Berlin, J. Springer. 1914.
30. Thomson, Operative Gynäkologie. Leitfaden für Ärzte und Studierende. Odessa 1913. (314 Seiten starkes, prägnant verfasstes Lehrbuch mit 268 Zeichnungen.)

(H. Jentter.)

An dem Buch von Menge und Opitz (23) haben ausser den beiden Herausgebern noch Tandler (Anatomie und Entwickelungsgeschichte), Walthard (Wechselbeziehungen zwischen Genitalien und anderen Organen), Baisch (Symptomatologie und Sterilität), Pankow (Missbildungen), Sellheim (Untersuchungsmethoden), Halban (Lageveränderungen), Jung (Beckenbindegewebe), v. Franqu é (Eierstock und Eileiter), Knauer (Verletzungen und Fremdkörper), Jaschke (Vulva und Vagina), Beuttner (Harnorgane) mitgearbeitet. Opitz hat die Beziehungen der Genitalien zu den Nachbarorganen, die Anti- und Asepsis, die septischen Erkrankungen, die Erkrankungen des Uterus, die Erkrankungen des Darmes und die allgemeine Therapie, Menge die Hygiene und Diätetik des Weibes abgehandelt. Das Neuartige des Werkes liegt, abgesehen von der grossen Anzahl der Mitarbeiter, in der Gruppierung des Stoffes und in der starken Betonung der „Allgemeinen Gynäkologie", sowie des Zusammenhanges mit der Allgemeinmedizin. Die breite Basis, auf der unsere Disziplin ruht, ist bisher in keinem Lehrbuch so gut und überzeugend zum Ausdruck gekommen wie in diesem.

Fehling (9) hat sein Lehrbuch jetzt mit Franz zusammen herausgegeben. Er versteht die Kunst, sich auf das Wesentliche zu konzentrieren und allen veralteten Ballast rücksichtslos über Bord zu werfen, meisterhaft. Bei der zunehmenden Belastung der Studierenden mit Lernstoff muss sich jede Einzeldisziplin notwendigerweise Beschränkung auferlegen. Fast alle Lehrer der Medizin erkennen das an, aber die meisten sind nicht konsequent genug, es auch wirklich zu tun. Dass es unbeschadet der Gründlichkeit und Wissenschaftlichkeit möglich ist, zeigen die beiden Autoren in unzweideutiger Weise. Die Mitarbeit von Franz, der die Kapitel: Harnorgane, Vulva, maligne Uterustumoren, Bauchfell und Beckenbindegewebe übernommen hat, und der es gleichfalls sehr gut versteht, knapp und klar darzustellen, kommt dem Buch sehr zu statten.

Hofmeier (20) hat die Neubearbeitung seines Lehrbuches, mit dem er pietätvollerweise noch immer den Namen seines Lehrers Schröder verknüpft, so gewissenhaft und gründlich durchgeführt, wie wir es von ihm gewohnt sind. Den Abschnitt über Röntgentherapie hat Polano geschrieben.

Ein gross angelegtes Unternehmen hat Opitz (24) mit der „Deutschen Frauenheilkunde" ins Leben gerufen. Es sollen die Geburtshilfe, die Gynäkologie und ihre Nachbargebiete so dargestellt werden, dass alle Einzelfragen in monographischer Form zur erschöpfenden Bearbeitung kommen. Eine grosse Reihe von Mitarbeitern ist bereits gewonnen, das erste Buch bereits erschienen. Es hat — man könnte fast sagen „natürlich" — Sellheim zum Verfasser, dessen literarische Produktionskraft und dessen Fleiss von keinem seiner Fachgenossen erreicht wird. Er behandelt die „Geburt des Menschen" nach anatomischen, vergleichend

anatomischen, physiologischen, physikalischen, entwickelungsmechanischen, biologischen und sozialen Gesichtspunkten, wobei sein eigentlichstes Arbeitsgebiet, der Geburtsmechanismus, im Vordergrund steht. Die Besprechung dieser sehr bedeutungsvollen Arbeit gehört an eine andere Stelle dieses Jahresberichtes. Hier kann nur betont werden, dass, wenn allen nachfolgenden Monographien dieselbe wissenschaftliche Bedeutung und Gediegenheit zuerkannt werden kann, wie dem Buche von Sellheim, die „Deutsche Frauenheilkunde" eine stolze Reihe erstklassiger Arbeiten umfassen wird.

Die Pathologie und Therapie der Frauenkrankheiten von Martin und Jung (22) ist erfreulicherweise ins Englische übersetzt worden.

Der Leitfaden von Baisch (4) ist in etwas erweiterter Form und unter Berücksichtigung mancher Wünsche, die bei Besprechung der ersten Auflage geäussert wurden, erschienen und wird sich sicherlich einen immer grösseren Leserkreis erwerben.

Von chirurgischen Lehrbüchern ist besonders die nunmehr vollendet vorliegende Operationslehre von Bier, Braun und Kümmell (7) hervorzuheben.

Den Besuchern der letzten Kongresse ist das gynäkologische Phantom von Blumreich bekannt. Bei der anerkannten Schwierigkeit, den gynäkologisch-propädeutischen Unterricht nutzbringend zu gestalten, ohne Kranke durch ungeschickt palpierende Anfängerhände quälen zu lassen, bei dem stets steigenden Missverhältnis zwischen Lernbegierigen und „Material" kann die Bedürfnisfrage nach einem wirklich guten Unterrichtsmittel zur Erlernung der palpatorischen Technik nur aufs lebhafteste bejaht werden. So lagen die Verhältnisse schon sehr lange. An Bemühungen, Abhilfe zu schaffen, hat es auch keineswegs gefehlt. Aber diese Bemühungen führten infolge der zu überwindenden Schwierigkeiten nie zu einigermassen brauchbaren Resultaten. Blumreich hat mit grossen Opfern an Zeit, mit unbeirrbarer Zähigkeit so lange experimentiert, bis es ihm gelang, ein wirklich natürliches Phantom herzustellen, das die Untersuchung der natürlichen und aller pathologischen Verhältnisse unter ständiger Selbstkontrolle gestattet. Er erläutert die Herstellung, Benutzung, Aufbewahrung und Anwendungsmöglichkeit in einem ausgezeichnet geschriebenen und hervorragend ausgestatteten und illustrierten Buch „Der gynäkologische Untersuchungskursus am natürlichen Phantom als Ergänzung und Ersatz der Untersuchungsübungen an der Lebenden" (6).

Unsere Grenzgebietsinteressen sind wesentlich weiter gefördert worden durch den umfangreichen zweiten Band des Werkes von L. v. Frankl-Hochwart, C. v. Noorden und A. v. Strümpell (11). Er enthält die Abhandlungen von Stolz über „den Einfluss der akuten Infektionskrankheiten auf die weiblichen Geschlechtsorgane", von Neu über „Schwangerschaftstoxikosen", von A. Mayer (Tübingen) über die „Beziehungen der septischen Erkrankungen des weiblichen Genitalapparates zur inneren Medizin", von P. Mathes (Graz) über „asthenische Enteroptose", von V. Kroph über „die Erkrankungen der Haut und deren Beziehungen zu den Geschlechtsorganen des Weibes", von Schottländer über „die von den Genitalorganen des Weibes ausgehenden, metastatischen Geschwülste in den übrigen Körperorganen, sowie über die metastatischen Geschwülste in den weiblichen Geschlechtsorganen" und von Pinelis über „Weiblichen Geschlechtsapparat und Nervensystem". Die beiden Bände bilden nunmehr die Basis für unsere weitere Arbeit und repräsentieren eine Leistung, an der man die wissenschaftliche Arbeitsfreudigkeit besonders achten muss.

Dass das Lehrbuch von Abderhalden (2) zu den Werken gehört, die heutzutage jeder Mediziner kennen muss, braucht kaum erwähnt zu werden. Eine Förderung unserer urologischen Interessen bedeutet die „Kystophotographie" von Fromme und Ringleb (13). Die Bemühungen des letzteren um die Verbesserung der kystoskopischen Optik sind von durchschlagendem Erfolge gewesen.

Die Selbstbiographie von A. W. Freund (12) ist allerdings kein Lehrbuch der Gynäkologie im üblichen Sinne, aber doch ein Buch, aus dem wir Gynäkologen sehr viel lernen können, ein Lehrbuch der wissenschaftlichen Arbeitsmethodik und der Lebenskunst, das wir als wertvolles Geschenk eines Mannes zu betrachten haben, der immer zu den besten unseres Faches zählen wird.

Höchst anziehend und lehrreich ist die Lektüre des neuesten Werkes von Stratz (29), das allen, die Verständnis für die bildende Kunst oder auch nur Freude an Kunstwerken haben, sehr angelegentlich empfohlen sei.

Zum Schlusse unter Anführung einiger Werke (14, 15, 18, 25) noch ein kurzer Hinweis auf die „Eugenik". Die Gynäkologen haben allen Anlass, die Vererbungslehre als einen Zweig ihres Faches anzusehen und mit Eifer an der Beantwortung der Fragen über die Bedeutung der Inzucht, an der Prüfung der Mendelschen Regeln und den vielfachen, sich hierbei ergebenden Problemen mitzuarbeiten.

II.

Elektrizität, Röntgentherapie, Lichttherapie, Hydrotherapie, Massage, Biersche Stauungsbehandlung, Gymnastik, Heissluftbehandlung, Belastungstherapie, Bäderbehandlung.

Referent: Dr. Ernst Runge.

1. Abbe, R., The use of radium in malignant disease. Lancet. Vol. 185. Nr. 4695. p. 524.
2. Abel, Die Elektrokoagulation bei der chirurgischen Behandlung des Krebses, speziell des Gebärmutterkrebses. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 9. p. 394.
3. Ackermann, Fr., Der heutige Stand der Lichtheilmethode. Dissert. Berlin.
4. Aimes, A., L'héliothérapie en gynécologie. Gynécologie. 17. Nr. 3. p. 129.
5. — L'utilisation de l'héliothérapie après les interventions. Progr. méd. Tome 44. Nr. 22. p. 288.
6. Albers-Schönberg, Die Röntgen- und Radiumtherapie in der Gynäkologie. XVII. intern. med. Kongr. in London. vom 6—12. August. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 40. p. 2259.
7. — Die Röntgentechnik. Verlag Gräfe und Sillem, Hamburg. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 25.
8. — und Prochownick, Gynäkologische Röntgenbestrahlungen und Demonstrationen. Ärztl. Verein in Hamburg. Sitzg. vom 25. März. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 13.
9. — Gynäkologische Tiefentherapie. IV. Intern. Kongr. f. Physiotherapie. Sitzg. vom 29. März. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 17.
11. — Röntgentherapie in der Gynäkologie. XVII. Intern. med. Kongr. in London vom 6.—12. August. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1435.
12. Aschoff, Krönig und Gauss, Zur Frage der Beeinflussbarkeit tiefliegender Krebse durch strahlende Energie. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 7 u. 8. p. 337 und 413.

13. Bainbridge, Fulguration und Thermoradiotherapie. Journ. of adr. Therap. Jan. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 35. p. 1304.
14. — und W. Seamann, Fulguration und Thermo-Radiotherapie. Allg. Wien. med. Zeitg. Jahrg. 58. Nr. 31. p. 341. Nr. 32. p. 353. Nr. 33. p. 365.
15. Bassenge, R., Ein Filterapparat für Radiumbestrahlungen. Wiener klin. Wochenschrift. Jahrg. 26. Nr. 38. p. 1494.
16. Bauer, H., Beiträge zur Röntgenometrie. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 20. Heft 2. p. 195.
17. — Röntgendosimetrie. IV. Intern. Kongr. f. Physiotherapie. Sitzg. vom 29. März.
18. Baugert, Über Röntgenröhren mit Wolfram-Antikathode. Neue Methoden zur Messung der Intensitätsdosis und Härte von Röntgenstrahlen. Verhandl. d. deutsch. Röntgen-Ges. Bd. 9. p. 87.
19. Baumeister, L., und Fr. Janus, Entwicklung der Apparatur für Intensiv-Röntgentiefentherapie. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahlen. Bd. 21. Heft 2. p. 240.
20. Becker, Ph. F., Was soll der Nicht-Röntgenarzt über das X-Erythem wissen? Deutsche med. Wochenschr. Nr. 11.
21. Bergonié, J., Die medizinischen Anwendungen der Diathermie. Berl. klin. Wochenschrift Nr. 39.
22. — Die thermische Wirkung der Hochfrequenzströme, ihre Anwendung und ihre klinischen Resultate. IV. Intern. Kongr. f. Physiotherapie. Sitzg. vom 27. März.
23. Blumenthal, F., Der gegenwärtige Stand der Behandlung der bösartigen Geschwülste. Chemotherapie. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 42.
24. Böhm, R., Die Verwendung der seltenen Erden, eine kritische Übersicht. Leipzig, Veit u. Co.
25. Bondy, Versuche über die bakterizide Wirkung des Mesothorium. Gynäkologische Ges. in Breslau. Sitzg. vom 24. Juni. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. p. 365 und Zentralbl. f. Gyn. 31. p. 1142.
27. Bordier, H., Die Fortschritte der Röntgentherapie in der Gynäkologie, ihre Vorteile genaue Technik, Indikationen und Kontraindikationen, Resultate, Zukunft. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. 20. p. 1.
28. — Biochemische Wirkung der Strahlen, insbesondere der Röntgenstrahlen. Strahlentherapie. Bd. 2. Heft 2. p. 368.
29. Borell, Klinische Untersuchungen über die Erythemgrenze bei gynäkologischer Röntgentiefentherapie mit stark gefilterten Strahlen. Strahlentherapie. Bd. 2. Heft 2. p. 683. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 40. p. 1489.
30. Breiger, Überblick über die Entwickelung und die Erfolge der Lichttherapie in den ersten 15 Jahren. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 7. (Übersichtsreferat.)
31. Bruhin, Moderne Massage auf anatomisch-physiologischer Basis. Hambrechts Verlag. Olten (Schweiz) 1912.
32. Bucky, G., Über die optisch korrekte Ablesung von Farbänderungen bei Röntgenstrahlendosimetern. Strahlentherapie. Bd. 3. Heft 1. p. 172 und IV. Intern. Kongr. f. Physiotherapie. Sitzg. vom 29. März.
34. — Zur Technik der Diathermieströme. IV. Int. Kongr. f. Physiotherapie. Sitzg. vom 27. März.
35. — und Frank, Über Operationen im Blaseninnern mit Hilfe von Hochfrequenzströmen. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 7.
37. — Technik der ärztlichen Massage. Für praktische Ärzte. Wien, Urban und Schwarzenberg. VII. 112 S. Ref. Lange, München. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 44. p. 2470.
38. Bumm, Über Mesothoriumverbrennung. Ges. f. Geb. u. Gyn. Sitzg. vom 24. Jan.
39. — Weitere Erfahrungen über Karzinombestrahlungen. (Dazu eine Demonstration des Herrn Warnekros.) Berl. med. Ges. Sitzg. vom 3. Dez.
40. — und H. Voigts, Zur Technik der Karzinombestrahlung. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 31. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 40. p. 1486.
41. Butscher, Deanc, The Rational of Röntgen- and Radium-Therapy. IV. Intern. Kongr. f. Physiotherapie. Sitzg. vom 29. März. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 17.
42. — Über die Grundlage der Röntgen- und Radiumtherapie. Strahlentherapie. Bd. 2. Heft 2. p. 396.

43. Caan, Zur Behandlung maligner Tumoren mit radioaktiven Substanzen. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 1.
44. Calmann, Beiträge zur gynäkologischen Röntgenbestrahlung. Geb. Ges. zu Hamburg. Sitzg. vom 4. März. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 20. p. 741.
45. Carl, Eine neue Anwendungsweise der Hochfrequenz in der Chirurgie. 24. Kongr. d. deutsch. Ges. f. Chir. Berlin, 26.—29. März.
46. Carulla, Elektrotherapie gegen Fettleibigkeit. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 34.
47. Chabachpaschew, K., Behandlung der gynäkologischen Tumoren mit strahlenden Substanzen (Radium und Mesothorium). Inaug.-Diss. Freiburg i. Br. Okt.
48. Chlumsky, V., Über die nichtoperative Behandlung von bösartigen Tumoren. Wien. klin.-therap. Wochenschr. Nr. 9—10. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 26.
49. Christen, Th., Masse und Messungen in der Röntgenkunde. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahlen. 26. Heft 2. p. 182.
50. — Das Prinzip des Jontoquantimeters. Verhandl. d. deutsch. Röntgen-Ges. Bd. 9. p. 96.
51. — Die physikalischen Grundlagen für die Dosierung der Röntgenstrahlen. Strahlentherapie. Bd. 3. Heft 1. p. 162.
52. — Messung und Dosierung der Röntgenstrahlen. Hamburg, Lucas Gräfe und Sillem. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 21.
53. Clark, L., Der Gebrauch von Uranium als radioaktives, therapeutisches Agens. Brit. med. Journ. 1912. Sept. 21.
54. Cohn, Kritische Bemerkungen zur Therapie von Frauenleiden mit Röntgenstrahlen. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 49. p. 2308. 1912.
55. Cohnheim, Physiologische Wirkung des Höhenklimas. 34. Balneologenkongr. zu Berlin vom 26.—30. März. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 16.
56. Courmelles, Foveau de, Röntgen- und Radiumtherapie in der Gynäkologie. 17. internat. med. Kongr., London. Sekt. f. Geb. u. Gyn. 6.—12. August.
56a. Czyzewicz, Groebel, Jakowiecki, Kosminski, Mars, Meisels, Bemerkungen über den gegenwärtigen Stand der Radiotherapie bei Frauenkrankheiten. Lwowski Tygodnik Lekarski. Nr. 51. p. 825—839. (Polnisch.) (v. Neugebauer.)
57. Daels, Franz, Über den Wert von Seleniumeinspritzungen bei unoperierbaren Neoplasmen. Geneesk. Tijdschr. voor Belgie. 1912. Nr. 21. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 1. p. 48.
58. D'Arsonval, Einige alte Experimente in der Hochfrequenz. IV. Internat. Kongr. f. Physiotherapie. Sitzg. vom 28. März. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 16.
59. Dauwitz, Kurbericht für das Jahr 1912. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 17.
60. Dessauer, Versuche über die harten Röntgenstrahlen. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 13. p. 696 und Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahlen. Bd. 20. Heft 6. p. 586.
62. — Physikalische und technische Grundlagen der Tiefenbestrahlung. Versamml. d. deutsch. Ges. f. Gyn. Halle a. S. 14. Mai.
63. — Arbeiten über harte Röntgenstrahlen. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 25.
64. — Fr., Eine neue Wechselstrom-Röntgenmaschine. Verhandl. d. deutsch. Röntgen-Ges. Bd. 9. p. 98.
65. — Fortschritte in der Erzeugung harter Röntgenstrahlen. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 42. p. 2268 und 85. Vers. deutsch. Naturforscher u. Ärzte in Wien. 22. Sept.
66. — Der Wechselstrom-Reform-Röntgenapparat. Zentralbl. f. Röntgenstrahlen, Radium und verwandte Gebiete. 4. Heft 6/7. p. 233.
68. — Wechselstrom-Röntgenmaschine. IX. Kongr. d. deutsch. Röntgenges. in Berlin am 29.—30. März. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 15.
70. Dietlen, H., Zur Röntgenbehandlung in der Gynäkologie. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahlen. 20. p. 15.
71. Dietrich, W., Ein Fall von Spätschädigung bei Röntgentiefentherapie. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahlen. 20. Heft 2. p. 159.
72. Döderlein, Demonstrationen zur Radiotherapie des Karzinoms. Gyn. Ges. in München. Sitzg. vom 19. Juni. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 32.
73. — A., Die Verhandlungen über die Strahlentherapie des Karzinoms auf dem XV. Kongress der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie in Halle. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Heft 1.
74. — Röntgenstrahlen und Mesothorium in der gynäkologischen Therapie, insbesondere auch bei Uteruskarzinom. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. Heft 5.

75. Döderlein, Meine weiteren Erfahrungen über die Mesothoriumbehandlung des Karzinoms. Bayr. Ges. f. Geb. u. Frauenheilk. Stzg. vom 7. Dez. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 54. p. 2865.
76. — Über Röntgen- und Radiotherapie in der Gynäkologie, besonders bei Carcinoma uteri. Münchn. gyn. Ges. Sitzg. vom 23. Jan. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. p. 705.
77. Dohan, N., Über den derzeitigen Stand der Röntgentherapie. Wiener med. Wochenschrift. 63. p. 935.
77a. — Zur Frage der gynäkologischen Röntgenbestrahlung. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahlen. Bd. 20. Heft 4. p. 390.
78. Eben, K., Fall von Röntgenstrahlenulcus von elfmonatiger Dauer ohne Heilungstendenz, Heilung mit Zellerscher Pasta. Prager med. Wochenschr. Nr. 35. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 49. p. 1801.
79. Emmerich, Über Rubidium in der Quelle des Bades Adelholzen (Primusquelle) in Oberbayern. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 13.
80. Engelhorn, Über den derzeitigen Stand der Strahlentherapie in der Gynäkologie. Strahlentherapie. Bd. 3. Heft 1. p. 216.
81. Exner, Erfahrungen über Radiumbehandlung maligner Tumoren. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 29. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 40. p. 1488.
82. Eymer, H., Die Röntgenstrahlen in Gynäkologie und Geburtshilfe. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahlen. Gräfe u. Sillem, Hamburg.
83. — Archiv und Atlas der normalen und pathologischen Anatomie in typischen Röntgenbildern. Die Röntgenstrahlen in Gyn. u. Geb. Gräfe u. Sillem, Hamburg.
84. Fabre, S., Rôle de la radiumtherapie comme adjuvant de l'exérèse chirurgicale. Journ. de méd. de Paris. 33. Nr. 36. p. 706 und Rev. prat. d'obstétr. et de gynécol. Jahrg. 21. Nr. 5. p. 145.
86. Falk, Ed., Experimenteller Beitrag zur Röntgenbehandlung der Peritonealtuberkulose. Berl. klin. Wochenschr. 1912. Nr. 46.
87. Falta, W., und L. Zehner, Über chemische Einwirkung des Thorium X auf organische Substanzen, besonders auf die Harnsäure. Berl. klin. Wochenschr. 1912. Nr. 52.
88. Falta, Chemische und biologische Wirkung der strahlenden Materie. Strahlentherapie. Bd. 2. Heft 2. p. 357.
89. Farkas, M., Hat die Hydrotherapie unmittelbare psychische Wirkungen? Pest. med.-chir. Presse. Zeitschr. 42. Jahrg. Heft 11. p. 417.
90. Fernau, Schramek und Zarzycki, Über die Wirkung von induzierter Radioaktivität. Wiener klin. Wochenschr. 26. p. 94.
91. Foveau de Courmelles, Röntgen- und Radiumtherapie in der Gynäkologie. XVII. Intern. med. Kongr. in London, 6.—12. August. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1437.
92. Frankl, Zur Technik der Röntgengyniatrie. Gyn. Rundschau. Jahrg. VII. Heft 7. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 25.
93. Fränkel, E., Blutuntersuchungen an röntgenbestrahlten Tieren. Naturhistorisch-med. Verein zu Heidelberg. Sitzg. vom 20. Mai. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 34.
94. — und Werner Budde, Histologische, cytologische und serologische Untersuchungen bei röntgenbestrahlten Meerschweinchen. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahlen. Bd. 20. Heft 4. p. 355.
95. Fraenkel, M., Röntgenbehandlung in der Gynäkologie. Berl. klin. Wochenschr. 1912. Nr. 34.
96. — Die Röntgenstrahlen in der Gynäkologie. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahlen. 19. p. 412.
97. — Die Technik der Tiefenbestrahlung. IV. Intern. Kongr. f. Physiotherapie. Sitzg. vom 29. März.
98. Franz, Die physikalischen Behandlungsmethoden. in der Gynäkologie. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. 16. p. 137.
98a. Freudenberg, Ein elektrisches Beckenheizkissen in Badehosenform. Münchn. med. Wochenschr. 18. p. 981.
99. Friedlaender, R., Über die Kombination von Wärme und Massage. Klin.-therap. Wochenschr. 20. Nr. 19. p. 575.
100. Freund, E., und G. Kaminer, Über chemische Wirkungen von Röntgen- und Radiumbestrahlung in bezug auf Karzinom. K. k. Ges. der Ärzte. Sitzg. vom 24, Jan. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 331. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 6.

102. Freund, L., Die Strahlenbehandlung der fehlerhaften Narben und Keloide. Wiener med. Wochenschr. Nr. 36.
103. — Die Bestrahlungs- und chirurgische Behandlung maligner Neubildungen. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 43. p. 2078. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 44. p. 2476.
105. — Mesothorium und Radium. K. k. Ges. der Ärzte. Sitzg. vom 28. Febr. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 12.
106. — Eine merkwürdige Wirkung der Radiumstrahlen. K. k. Ges. der Ärzte. Sitzg. vom 13. Dez. 1912. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 51.
107. Fürstenberg, Physiologische und therapeutische Wirkungen des Radium und Thorium. Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten. Bd. 4. Heft 4. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 9.
108. Füth, Röntgentherapie in der Gynäkologie. 15. Versamml. d. deutsch. Ges. f. Gyn. Halle a. S. 14. Mai.
110. Gauss, O. E., Zur Technik der gynäkologischen Mesothoriumtherapie. Strahlentherapie. Bd. 3. Heft 1. p. 348—364. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 43. p. 1606.
111. — Gynäkologische Tiefentherapie. IV. Intern. Kongr. f. Physiotherapie. Sitzg. vom 29. März. Strahlentherapie. II. p. 623. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 17.
112. — Heilversuche bei Krebs verschiedener menschlicher Organe durch Röntgen- und Mesothoriumbestrahlung. Mittelrhein. Ges. f. Geb. u. Gyn. Sitzg. vom 16. Febr. zu Frankfurt a. M. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. p. 397.
113. Gauss, O. F., und H. Lembcke, Röntgentherapie, ihre theoretischen Grundlagen, ihre praktische Anwendung und ihre klinischen Erfolge an der Freiburger Universitäts-Frauen-Klinik. 1. Sonderbd. zu „Strahlentherapie". 1912. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 1. p. 35.
114. Giraud, Untersuchungen über die Absorption der X-Strahlen des Radiums durch einige organische Substanzen. Strahlentherapie. Bd. 3. Heft 1. p. 82.
115. Gottiguies, Über Drüsen mit innerer Sekretion. Policlinique. Jahrg. XXI. Nr. 10. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 1. p. 38.
116. Gould, Pearce, Die Bedeutung der γ-Strahlen in der Chirurgie. 81. Jahresvers. der British Medical Association in Brighton. Sitzg. vom 25. Juli. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 36.
117. Graessner und Benthaus, Ergebnisse der Röntgentherapie bei Frauenleiden. Fortschritte a. d. Geb. d. Röntgenstrahlen. Bd. 20. Heft 3. p. 322.
118. Graff, E. v., Zur Technik der Röntgentherapie in der Gynäkologie. Wiener med. Wochenschr. Jahrg. 63. Nr. 16. p. 999.
119. Grineff, D., Über die biologische Wirkung des Mesothoriums. Der Einfluss des Thorium X auf die Gerinnung des Blutes. Strahlentherapie. Bd. 3. Heft 1. p. 94.
120. Groedel, F. M., Versuche über die harten Röntgenstrahlen. Münchn. med. Wochenschrift. 60. Nr. 20. p. 1090.
121. — Vierjährige Erfahrungen mit unterbrecherlosen Röntgenapparaten und einige wichtige Neuerungen an denselben. Zugleich ein Beitrag zur Frage der Apparatbeurteilung durch den Arzt. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 9.
122. Gudzeul, Einwirkung von Strahlen und radioaktiven Substanzen auf das Blut. Strahlentherapie. Bd. 2. Heft 2.
123. Gunsett, A., Eine Fehlerquelle beim Ablesen der Sabourand-Noiré-Tabletten. Münch. med. Wochenschr. 60. Nr. 18. p. 980.
124. — Zur Technik der Dosierung der Röntgenstrahlen speziell bei hohen Dosen. Strahlentherapie. Bd. 2. Heft 2. p. 568.
125. Haendly, P., Die Verwendung der strahlenden Energie in der Gynäkologie. Therap. Monatsh. Jahrg. 27. Heft 11. p. 760.
126. — Die therapeutische Verwendung der Röntgenstrahlen in der Gynäkologie. Ges. f. Geb. u. Gyn. Sitzg. vom 22. Nov. 1912. Strahlentherapie. II. p. 227.
128. — Anatomische Befunde bei mit Mesothorium und Röntgenstrahlen behandelten Karzinomen. Arch. f. Gyn. 100. p. 49.
129. Haenisch, G. F., Meine Erfahrungen, Resultate und Technik in der gynäkologischen Röntgentherapie. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahlen. 26. p. 18.
130. Hager, W., Zur Klinik des Röntgenulcus. Inaug.-Diss. Freiburg i. Br. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 43. p. 1608. Strahlentherapie. Bd. 2. Heft 2.
132. Hamm, T., Die Röntgentherapie in der Gynäkologie. Therapeut. Monatshefte. Jahrg. 27. Heft 7. p. 469.

133. Havas, Funktionelle Kontrolle bei Thermalbadekuren. 34. Balneologenkongr. zu Berlin vom 26.—30. März. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 17.
134. Harris, Die Kombination sekundärer X-Strahlen mit Ionisation bei verschiedenen Geschwüren und beim Lupus. 81. Jahresversamml. d. British Medical Association in Brighton. Sitzg. vom 24. Juli. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 36.
135. Hayward, A. E., Ein Bericht über die Arbeit des Radiuminstitutes in London vom 14. August 1911 bis 31. Dez. 1912. Brit. Med. Journ. 25. Jan.
136. Heimann, Instrumentarium zur Tiefenbehandlung. Gyn. Ges. in Breslau. Sitzg. vom 17. Dez. 1912. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. p. 389.
137. — F., Über Röntgentiefentherapie. Berl. Klin. 25. Heft 301. p. 10.
138. — Röntgentherapie. 15. Versamml. d. deutsch. Ges. f. Gyn. Halle a. S. 14. Mai.
139. — Zur Röntgentiefentherapie. Strahlentherapie. Bd. 3. Heft 1. p. 275. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 43. p. 1606.
140. — Die gynäkologische Röntgentherapie. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. Heft 3.
141. Heineke, Wie verhalten sich die blutbildenden Organe bei der modernen Tiefenbestrahlung? Münchn. med. Wochenschr. Nr. 48. p. 2657.
142. Herrligkoffer und Lipp, Neuere klinische Erfahrungen über die Wirksamkeit der Dürkheimer Maxquelle. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 35.
143. Hertwig, O., Zur Radiumbiologie. Naturwissenschaften. 1. Jahrg. Heft 37. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 1796.
144. Hesse, O., Symptomatologie, Pathogenese und Therapie des Röntgenkarzinoms. Zwanglose Abhandl. a. d. Geb. d. med. Elektrologie u. Röntgenkunde. Heft 10. Leipzig 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 1. p. 38.
145. Heynemann, Th., Die Röntgentherapie gynäkologischer Erkrankungen und ihre bisherigen Ergebnisse. Prakt. Ergebn. d. Geb. u. Gyn. Jahrg. 5. Heft 2. p. 159.
146. — Zur Methodik der Röntgenbestrahlung in der Gynäkologie. Strahlentherapie. 1912. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 1. p. 37.
147. Hirsch, Hans Georg, Beiträge zur Ausgestaltung der gynäkologischen Radiotherapie. Inaug.-Diss. Freiburg 1912.
148. Hirschberg, O., Über Operationen mit elektrischen Lichtbogen und Elektrokaustik bei malignen Geschwülsten. Inaug-.Diss. Heidelberg. März.
149. Hirschberg, A., Das Thigenol in der gynäkologischen Therapie. Berl. klin. Wochenschrift Nr. 13.
150. Hirschfeld, H., und S. Meidner, Experimentelle Untersuchungen über die biologische Wirkung des Thorium X nebst Beobachtungen über seinen Einfluss auf Tier- und Menschentumoren. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 77. Heft 5—6. p. 407.
151. Hoffmann, S., Die Physiotherapie der Gebärmutterfibromyome. Gyógyaszat 1912. Nr. 32. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 32. p. 1208.
152. Holzbach, Theoretisches und Praktisches zur Röntgentiefentherapie. Strahlentherapie. Bd. 3. Heft 1. p. 279. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 43. p. 1606.
153. — Über einige wenig bekannte Wirkungen der Röntgenstrahlen. Mittelrhein. Ges. f. Geb. u. Gyn. Sitzg. vom 16. Febr. zu Frankfurt a. M. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. p. 395.
154. — Über Erfahrungen mit der Röntgentherapie. 15. Versamml. d. deutsch. Ges. f. Gyn. Halle a. S. 14. Mai.
155. Holzknecht, G., Eine Fehlerquelle beim Ablesen der Sabourand-Noiré-Tabletten. Bemerkungen zu der Mitteilung von Dr. A. Gunsett-Strassburg in Münchn. med. Wochenschr. Jahrg. 60. Nr. 18. Münchn. med. Wochenschr. 60. Nr. 21. p. 1150.
156. — Das neue Zentralröntgeninstitut im k. k. allgemeinen Krankenhause in Wien und einige technische Neuerungen. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 29.
157. — Sabourand-Noiré sches Radiometer. Erste röntgenologische Studienreise nach Wien, 15.—20. Sept. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 2201.
158. Hüffell, A., Die Röntgenbehandlung der Uterusmyome. Fortschr. d. Med. 31. Nr. 33. p. 897.
159. Huismans, L., Die Heilwirkung der deutschen Seebäder. Therapie d. Gegenw. 54. p. 97.
160. Jerusalem, M., Zur Sonnenbehandlung der chirurgischen Tuberkulose. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 28.
161. Johnson, H., Die Indikationen der Röntgenstrahlen vor, während und nach Krebsoperationen. 81. Jahresversamml. d. Brit. Med. Assoc. in Brighton. Sitzg. vom 25. Juli. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 36.

162. Jones, H. Levis, Fortschritte in der Elektrotherapie. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 3.
163. Joseph, E., Der gegenwärtige Stand der Hyperämiebehandlung. Therap. d. Gegenw. Jahrg. 54. Heft 6. p. 241.
164. Immelmann, M., Zur Technik der gynäkologischen Röntgenbestrahlung. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. 19. p. 411.
165. Iselin, H., Entgiftung des tuberkulösen Herdes durch Röntgenbestrahlung. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 8.
166. Jung, Ph., Zur Mesothoriumbehandlung von Genitalkarzinomen. Strahlentherapie. Bd. 3. Heft 1. p. 246. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 43. p. 1607.
167. Jungmann, A., Zur Therapie mit Radiumträgern. Wiener klin. Rundschau. Nr. 38. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 48. p. 2693.
168. Kaestle, K., Einiges über Technik und Erfolge meiner gynäkologischen Röntgenbestrahlungen. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahlen. 20. Heft 2. p. 85.
169. Kahn, F., Physikalische, chemische und biologische Eigenschaften von Thorium X. Strahlentherapie. Bd. 2. Heft 2. p. 480.
170. — Der Einfluss von Thorium X auf keimende Pflanzen. Münchn. med. Wochenschrift Nr. 9.
170a. Karlin, Der heutige Stand der gynäkologischen Röntgentherapie. Medizinsk. Obosr. Nr. 8. (H. Jentter.)
171. De Keating-Hart, Die Behandlung von inoperablem Krebs mit Thermoradiotherapie. IV. Intern. Kongr. f. Physiotherapie. Sitzg. vom 27. März.
172. Keetmann, R., Zur Strahlentherapie der Geschwülste. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 39.
173. Keetmann, B., und M. Mayer, Zur Messung von Thorium X.-Präparaten. Strahlentherapie. Bd. 2. Heft 2. p. 543.
175. Kienböck, R., Messung der Röntgenstrahlen. Erste Röntgenolog. Studienreise nach Wien, 15.—20. Sept. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 2200.
176. — Über die Arten der photochemischen Radiometer für Messung des Röntgenlichtes. Strahlentherapie. Bd. 2. Heft 2. p. 556.
177. Kionka, Pharmakologische Wirkungen der Radiumemanation. 34. Balneologenkongr. zu Berlin vom 26.—30. März. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 17.
178. Kirchberg, F., Druck- und Saugbehandlung in der ärztlichen Praxis. Münchn. med. Wochenschr. Jahrg. 60. Nr. 30. p. 1653.
179. — Röntgenschädigungen und ihre rechtliche Beurteilung. Strahlentherapie. Bd. 3. Heft 1. p. 121.
180. Kirstein, Röntgentherapie. Sammelreferat. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb., sowie deren Grenzgebiete. I. p. 409.
181. — Die Röntgentherapie in der Gynäkologie. Berlin, J. Springer.
183. Klein, Primäre Ergebnisse der kombinierten Karzinombehandlung mit Mesothorium, Röntgenstrahlen und intravenösen Injektionen. Bayr. Ges. f. Geb. u. Frauenheilk. Sitzg. vom 7. Dez. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 45. p. 2865.
184. — H. V., Die Bedeutung der Hydrotherapie für den Gynäkologen. 85. Versamml. deutsch. Naturf. u. Ärzte. Wien, 21.—16. Sept. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 2541. Nr. 45.
185. Klotz, Strahlentherapie in der Gynäkologie. 15. Versamml. d. deutsch. Ges. f. Gyn. Halle a. S. 14. Mai.
186. Knox, R., Radium bei der Behandlung bösartiger Erkrankungen. Brit. med. Journ. 7. Juni. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1380.
187. Köhler, Alban, Zu Technik und Erfolgen der gynäkologischen Röntgentherapie. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. 19. p. 408.
188. Kolde, Experimentelle Untersuchungen über die Tiefenwirkung der Röntgenstrahlen. Strahlentherapie. Bd. 2. Heft 2. p. 710. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 40. p. 1490. Bayr. gyn. Ges. Sitzg. vom 9. Febr. in Nürnberg. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. p. 856.
190. Kosminski, E., Über die Röntgentherapie der Myome. Inaug.-Diss. Berlin.
191. Kowarschik, J., Die Diathermie. Berlin, Springer.
192. Krause, P., Kritische Beiträge zur Kenntnis der Röntgentiefentherapie. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 20. Heft 2. p. 187.
193. — Neuer Schutzstoff gegen Röntgenstrahlen. Verhandl. d. deutsch. Röntgen-Ges. Bd. 9. p. 30.

194. Krause, P., Einige technische Verbesserungen im Betriebe des Röntgenlaboratoriums. Zeitschr. f. Röntgenk. 15. p. 32.
195. — Vergleich der Wirkung von Thorium X- und Röntgenstrahlen. Berl. klin. Wochenschrift Nr. 13.
196. — Über eine neue Tiefenbestrahlung. IX. Kongr. d. deutsch. Röntgenges. in Berlin vom 29.—30. März. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 15.
197. Kreuzfuchs, Die Röntgentherapie in der Gynäkologie. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 19. p. 897. 85. Versamml. deutsch. Naturf. u. Ärzte in Wien. 23. Sept. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 42. p. 2370.
199. Krinski, Entwickelung und augenblicklicher Stand der Therapie mit strahlenden Substanzen. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb., sowie deren Grenzgeb. III. p. 33.
200 Kroemer, P., Mesothorium-Einwirkung auf genitale Neubildungen. 15. Versamml. d. deutsch. Ges. f. Gyn. Halle a. S. 14. Mai.
201. — Mesothoriumeinwirkung auf Neubildungen der weiblichen Genitalien. XVII. Intern. med. Kongr. in London, 6.—12. August. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1438.
202. — Bedeutung des Röntgenapparates für die Gynäkologie und Geburtshilfe. Deutsche med. Wochenschr. 39. p. 676.
203. Kröner, F. A. W., Etwas über Radium und Mesothorium. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1912. I. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 13.
204. Krönig, Röntgen- und Radiumtherapie in der Gynäkologie. XVII. Intern. med. Kongr. in London, 6.—12. August. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1437.
205. — und Gauss, Die Behandlung des Krebses mit Röntgenlicht und Mesothorium. Deutsche med. Wochenschr. 26. p. 1233.
206. — — Die Strahlentherapie in der Gynäkologie. Röntgen- oder Radiumtherapie. Zentralbl. f. Gyn. 5. p. 153.
207. Krüger, Beitrag zur Anwendung des Sabourandschen Dosimeters. Strahlentherapie. Bd. 2. Heft 1.
208. Krukenberg, H., Ein neuer Vorschlag zur Radiotherapie. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 38.
209. Lange, Roentgenotherapy in measured massive doses. Journ. of the Amer. med. Assoc. Vol. 61. Nr. 8. p. 556.
210. Latzko, Zur Radiumtherapie des Krebses. 85. Versamml. deutsch. Naturf. u. Ärzte in Wien. 23. Sept. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 42. p. 2370.
211. — und Schüller, Zur Radiumbehandlung des Krebses. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 39. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 49. p. 1796.
212. Laqueur, A., Zur Anwendung der physikalischen Therapie bei gynäkologischen Erkrankungen. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 74. Heft 1. Stuttgart, F. Enke. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 41. p. 2297.
213. — und W. Laqueur, Zur Behandlung mit Hochfrequenzströmen. IV. Intern. Kongr. f. Physiotherapie. Sitzg. vom 27. März.
214. Lazarus, P., Zur Radiotherapie der Karzinome. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 28.
215. — Stand und neue Ziele der Radium-Mesothoriumtherapie (gleichzeitig auch ein Bericht über eine Studienreise). Berl. med. Ges. Sitzg. vom 10. Dez.
216. Levy-Dorn, M., Zur Frage der gynäkologischen Röntgenbestrahlungen. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. 19. p. 407.
217. — Erzeugung von Radioaktivität aus nicht radioaktiven Elementen. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 35 u. 45.
218. Lewin, C., Die Zellersche Krebsbehandlung. Therapie d. Gegenw. 1912. Sept. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 48. Nr. 1.
219. Lindrum, W., Die Beziehungen zwischen Oberflächen- und Tiefenwirkung harter Röntgenstrahlen ohne und mit Benutzung von Filtern. Strahlentherapie. 2. p. 293.
220. Linnert, G., Experimentelle und klinische Untersuchungen über die Wirkung radioaktiver Substanzen, insonderheit des Mesothoriumbromid. Inaug.-Diss. Halle. Juli.
221. Lobenhoffer, W., Erfahrungen mit Mesothoriumbehandlung maligner Tumoren. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 87. Heft 2. Tübingen, Laupp. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 49. p. 2744.
222. Loose, G., Weitere Erfahrungen mit der Bauerschen Luft-Fernregulierung der Röntgenröhren. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. 20. p. 46.
222a. Lorentowicz, Über die Fortschritte der gynäkologischen Röntgenbehandlung. Przeglad chir. i gin. Bd. 9. Heft 2. p. 241—245. (Mit Diskussion.) (Polnisch.)
(v. Neugebauer.)

223. Lorey, Ein transportabler Röntgenapparat. Verhandl. d. deutsch. Röntgen-Ges. Bd. 9. p. 97.
224. — Die Röntgentherapie in der Gynäkologie. Gyn. Rundschau. Jahrg. 7. Heft 7. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 25.
225. Löwenthal, S., Zur Strahlentherapie der Geschwülste. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 33. Arbeiten aus dem Kaiserl. Gesundheitsamte. Bd. 44. Heft 4. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 34. (Sammelreferat.)
227. Luger, A., und E. Pollak, Zur Kenntnis der Wirkung von Röntgenstrahlen auf Fermentlösungen. Wiener med. Wochenschr. Nr. 20.
227a. Maag, A., Róntgenbehandling af gynäkologiske Lidelser — især Uterus myomatosus og klimaktriske Metropathier (Röntgenbehandlung von gynäkologischen Erkrankungen — besonders Uterus myomatosus und klimakterischen Metropathien). (Ugeskrift for Læger, Kopenhagen. p. 1777—93. (Übersichtsartikel. Viele Myompatienten werden geheilt; die Zahl der Myomektomien soll eingeschränkt werden. (O. Horn.)
228. Mannaberg, J., Über Versuche, die Basedowsche Krankheit mittelst Röntgenbestrahlung der Ovarien zu beeinflussen. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 18.
229. Markwald, Demonstrationen über die Zerfalltheorie der radioaktiven Elemente. IV. Intern. Kongr. f. Physiotherapie. Sitzg. vom 28. März. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 16.
230. Martin, Franklin H., Gymnastik und andere mechanische Verfahren bei der Behandlung der Splanchnoptose und ihrer Komplikationen. Verhandl. d. amer. gyn. Ges. 37. Jahresversamml. vom 28.—30. Mai 1912 in Baltimore. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 5. p. 175.
231. Meidner, Wirtschaftliches und Physikalisch-Technisches zur modernen Radiotherapie. Therap. d. Gegenw. 54. Heft 10. p. 458.
232. — Über den derzeitigen Stand der gynäkologischen Röntgentherapie. Therap. d. Gegenw. April. p. 169. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 32. p. 1208.
233. Meyer, Hans, Das Problem der „Kreuzfeuerwirkung" in der gynäkologischen Röntgentherapie. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 48. p. 1741.
234. Meyer, F. M., Zur Frage der röntgenrefraktären Fälle. Strahlentherapie. Bd. 2. Heft 2. p. 598.
235. — Moderne Röntgentherapie mit besonderer Berücksichtigung der Oberflächentherapie. Deutsche med. Wochenschr. Jahrg. 39. Nr. 31. p. 1508.
236. — St., Über die Normalmasse des Radiums und die Messmethodik der Radioaktivität. Strahlentherapie. Bd. 21. Heft 2. p. 533.
237. Miller, Experimentelle Untersuchungen über die biologische Wirkung verschieden gefilterter Röntgenstrahlen. Strahlentherapie. Bd. 2. Heft 2. p. 699. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 40. p. 1490.
238. Morton, Die Anwendung von Filtern in der Radiotherapie. IV. Intern. Kongr. f. Physiotherapie. Sitzg. vom 29. März. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 17.
239. Müller, Ch., Die Röntgenstrahlenbehandlung der malignen Tumoren und ihre Kombination. Strahlentherapie. Bd. 3. Heft 1. p. 177. Gyn. Ges. in München. Sitzg. vom 19. Juni. Ref. Münchn. med. Ges. Nr. 32.
240. — Tiefenbestrahlung unter gleichzeitiger Sensibilisierung mit Diathermie in einer neuen Anwendungsform. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 21. Heft 1. p. 49.
241. Müller, J., Röntgentherapie in der Gynäkologie. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 50. p. 566.
242. Müller, Die Krebskrankheit und ihre Behandlung mit Röntgenstrahlen und hochfrequenter Elektrizität resp. Diathermie. Strahlentherapie. II. p. 170.
243. — Befund bei Rezidivblutungen nach Röntgenbestrahlung. Mittelrhein. Ges. f. Geb. u. Gyn. Sitzg. vom 16. Febr. zu Frankfurt a. M. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. p. 397.
245. — Physikalische und biologische Grundlagen der Strahlenwirkung radioaktiver Substanzen, besonders des Mesothoriums und der Ersatz derselben durch Röntgenstrahlen. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 44. p. 2448.
246. Nahmmacher, Radium und Mesothorium in der Heilkunde. Ges. f. Natur- u. Heilk. zu Dresden. V. Sitzg. vom 1. Nov. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 52. p. 2921.
247. Nemenow, Röntgenstrahlen in der Gynäkologie. Wratsch. Gaz. Nr. 24. Verhandl. des XII. Pirogowschen Kongr. (Das eigentliche Gebiet der Röntgenstrahlen sind die präklimakterischen Blutungen und das Fibromyom. Bei Salpingooophoritis bleibt die Behandlung erfolglos. Anämie, Herzfehler, Myomherz und Nierenaffektionen

bilden keine Gegenanzeige, im Gegenteil sie indizieren erst recht die Röntgentherapie. Kontraindiziert ist letztere bei nekrotischem Myom, submukösem Myom und maligner Degeneration. Die Technik ist die von Albert-Schönberg. Enorme Strahlenmengen (Gauss) hält Verf. für schädlich. Energische Bestrahlung nach Gauss darf nur bei Verdacht auf bösartige Degeneration vorgenommen werden. Jeder Fall muss streng individualisiert werden. Verbrennungen der Haut sind bei richtiger Technik ausgeschlossen. Ausfallserscheinungen sind nicht stärker als bei natürlicher Klimax. Bericht über 26 subseröse und interstitielle Myomfälle. Geheilt wurden 25 Fälle, ungeheilt blieb ein Fall.) (H. Jentter.)

248. Nemenow, M., Beitrag zur Röntgenbehandlung in der Gynäkologie. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 20. Heft 3. p. 326.
249. Neusser, E. v., Über Anämien. III. Perniziöse Anämie. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 43.
250. Nogier, Th., Das Radiochromoskop, ein Apparat, der eine exakte Schädigung der Röntgenstrahlendosen unter immer vergleichbaren Bedingungen gestattet. Strahlentherapie. Bd. 3. Heft 1. p. 165.
251. Noorden, C. v., Radium and Thorium-X-therapy. Med. record. 83. p. 95.
252. — Über Indikationen und Wirkungen des Homburger Tonschlammes. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 6.
253. Oefele, F. v., Beitrag zur amerikanischen Balneologie. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 49.
254. — Tellur und Selen in ihren Wechselbeziehungen als Heilmittel. New-York. med. Monatsschr. Bd. 22. Nr. 3. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 1. p. 48.
255. Opitz, E., Randbemerkungen über Unterstützung und Ersatz der Strahlenbehandlung bösartiger Geschwülste. Strahlentherapie. Bd. 3. Heft 1. p. 251.
256. Ortner-Ried, F., Verwendung des Heissluftapparates bei der Nachbehandlung Operierter. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 49.
257. Ostrcil, A., Über Röntgen- und Mesothoriumtherapie in der Gynäkologie. Casopis ceskych lékarno. Nr. 27. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 35. p. 1305.
258. Oudin, P., und T. Zimmern, Radiotherapie. Paris, Baillère et fils. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 23.
259. Pagenstecher, A., Röntgentiefentherapie. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Jahrg. 10. Nr. 18. p. 558.
260. — Über die praktische Identität von Radium und Röntgenstrahlen. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 46. p. 2562.
261. — Über die Benutzung von Sekundärstrahlen zur Verstärkung der Röntgenstrahlenwirkung. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 24.
262. Partos, E., Die wissenschaftlichen Grundlagen der Radiotherapie in der Gynäkologie. Revue méd. de la Suisse romande. Nr. 6. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1380. (Sammelreferat.)
263. Peham, H., Zur Radiumbehandlung in der Gynäkologie. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 41. (Vorgetragen auf der Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte.)
264. Perthes, Der Thüringer Wald und seine Heilfaktoren. F. A. Perthes, A. G., Gotha.
265. Pfahler, G. E., Inoperables primäres Karzinom der Brust. Einige gute Resultate durch Röntgenbestrahlung. New-York med. Journ. Nr. 17. p. 854. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 35. p. 1306.
266. — Die Behandlung von uterinen Blutungen mit Röntgenstrahlen. Amer. Journ. of obst. and dis. of women and children. May. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 35. p. 1305.
267. Pinkuss, A., Krebsbehandlung mit Mesothorbestrahlung. 13. Versamml. d. deutsch. Ges. f. Gyn. Halle a. S. 14. Mai.
268. — Über die Erfolge der Mesothoriumbestrahlung bei Karzinom. Berl. klin. Wochenschrift Nr. 24. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 40. p. 1487.
269. Pincussohn, L., Über die Einwirkung des Lichtes auf den Stoffwechsel. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 22.
270. — Über die Wirkung des Lichtes auf den tierischen Organismus. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 44. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 45. p. 2536.
271. Plate, Vibrator. Ärztl. Verein in Hamburg. Sitzg. vom 11. Febr. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 8. p. 436.
272. Pohl, R., Die Physik der Röntgenstrahlen. Braunschweig, Vieweg u. Sohn. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 21.
273. Prochownick, Beitrag zur gynäkologischen Röntgenbehandlung. Ärztl. Verein in Hamburg. Sitzg. vom 8. April. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 16.

274. Prochownick, Beitrag zur Röntgenbehandlung in der Frauenheilkunde. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. 20. Heft 3. p. 316.
275. Puelles, J. M. de, et Ruiz, Brûlures produites par les rayons X. Ann. d'électrobiol. et de radiol. 16. p. 111.
276. Puich, A. E. Hayward, A report of the work carried out by the radium institute from. Aug. 14. 1911. to Dec. 31. 1912. Brit. med. Journ. 2717. p. 149.
277. Puich, The radium institute. Brit. med. Journ. Jan. p. 149.
278. Pusey, W. A., What can be done in cancer with Roentgen rays? Journ. of the Amer. med. Assoc. Vol. 61. Nr. 8. p. 552.
279. Ranzi, E., H. Schuller und R. Sparmann, Erfahrungen über Radiumbehandlung der malignen Tumoren. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 41.
280. Rase, R., Über Behandlung der Frauenkrankheiten im Bad Lubacvoice. Casopis ceskych lékarno. Nr. 27. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1468.
281. Regaud et Nogier, Les effets produits sur la peau par les hautes doses de rayons X, sélectionnés par filtration à travers 3 et 4 millimètres d'aluminium. Applications à la Röntgentherapie. Arch. d'électr. méd. 21. p. 49. Strahlentherapie. Bd. 2. Heft 2. p. 733· Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 40. p. 1489.
283. Reifferscheid, Zur Röntgentherapie in der Gynäkologie. 85. Vers. deutsch. Naturf. u. Ärzte in Wien, 22. Sept.
284. Rieder-Rosenthal, Lehrbuch der Röntgenkunde. J. A. Barth, Leipzig. 606 S.
285. Riehl, G., Karzinom und Radium. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 41.
286. Riss, De l'emploi des compresses chauffantes électrique en gynécologie et chirurgie abdominale. Gaz. de gyn. Tome 28. Nr. 655. p. 289.
287. Röchling, Die veränderte Bewertung des deutschen See- und Küstenklimas. 34. Balneologenkongr. zu Berlin vom 26.—30. März. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 17.
288. Rominger, E., Klinische Erfahrungen über die Hautschädigungen bei gynäkologischer Tiefentherapie mit schwachgefilterten Röntgenstrahlen. Strahlentherapie. Bd. 2. Heft 2. p. 665.
289. Rosenthal, W. J., Die Lilienfeldsche Röntgenröhre. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahlen. Bd. 20. Heft 5. p. 448.
290. Rost, G. A., und R. Krüger, Experimentelle Untersuchungen zur gynäkologischen Tiefentherapie. Strahlentherapie. 2. p. 314.
291. Rotschuh, E., Über die Einwirkung der Thermalduschemassage auf die einzelnen Urinbestandteile. Med. Klin. Jahrg. 9. Nr. 32. p. 1290.
292. Runge, Ernst, Die Behandlung gynäkologischer Hauterkrankungen mittelst Röntgenstrahlen. Münchn. med. Wochenschr. 1912. Nr. 29.
293. — Röntgentherapie in der Gynäkologie. 15. Versamml. d. deutsch. Ges. f. Gyn. Halle a. S. 14. Mai.
294. Russ, S., Die im tierischen Gewebe entstehenden Sekundärstrahlen. Strahlentherapie. Bd. 3. Heft 1. p. 308.
295. Russel, Diathermie und Elektrokoagulation. Journ. of adr. ther. Jan. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1467.
296a. Sabat, Über die therapeutische Anwendung der Röntgenstrahlen in der Gynäkologie. Lwowski Tygodnik Lekarski. Nr. 34—38. (Polnisch.) (v. Neugebauer.)
297. Salle, N., Zur biologischen Wirkung von Thorium X. IV. Intern. Kongr. f. Physiotherapie. Sitzg. vom 28. März. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 16.
298. Salle, N., und A. v. Domarus, Beiträge zur biologischen Wirkung von Thorium X. (Aus dem Radiuminstitut der Charité in Berlin.) Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 78. Heft 3 und 4. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 51. p. 2851.
298a. Saretzky, Die Wege der gynäkologischen Röntgenbehandlung. Arbeiten a. d. geb.-gyn. Klinik (Prof. A. Redlich). Bd. 1. (Saretzky bespricht die Aufgabe der gynäkologischen Röntgenbehandlung, den tiefliegenden Geweben möglichst grosse Dosen X-Strahlen schnell und ohne Schaden für die Haut zuzusenden. Dazu gibt es fünf Wege: abdominale, dorsale, laterale, vulvare, vaginale Bestrahlung. Die abdominale und dorsale Röntgenisierung kann einfeldig und mehrfeldig sein. Zur Bestimmung der Härte der Strahlen dient am besten der Wehneltsche Kryptoradiometer; während der Sitzung wird die Härte kontrolliert mittelst des Bauerschen Qualimeters. Die quantitative Messung der X-Strahlen im Niveau der Haut gelingt am besten mittelst des Kienböckschen Quantimeters, welcher bedeutende Vorzüge vor anderen Apparaten hat. Die Einfeldbestrahlung bleibt für seltene Fälle reserviert. Als Filter benutzt Saretzky eine 3—4 mm dicke Aluminiumplatte, die am Boden des Lamhertz-

schen Schutzkastens angebracht ist. Verf. bespricht eingehends verschiedene Methoden der Felderbestrahlung (er selbst bestrahlt vier Felder) und gibt zahlreiche Abbildungen, welche die Anwendung diverser Methoden und Apparate veranschaulichen.) (H. Jentter.)

299. Schatz, G., Über die Anwendung von Strahlenfiltern in der Tiefentherapie. Inaug.-Diss. Kiel. Juni-August.

300. Schiff, Die Abgabe von Radiumpräparaten aus öffentlichen Stationen zur Behandlung privater Kranker. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 5.

301. Schindler, O., Erfahrungen über Radium- und Mesothoriumtherapie maligner Tumoren. Wiener klin. Wochenschr. Jahrg. 26. Nr. 36. p. 1413 und Nr. 37. p. 1469.

302. Schlesinger, E., Über den gegenwärtigen Stand der Radiumtherapie bösartiger Geschwülste. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 47. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 48. p. 2691.

303. Schlenk, Fr., Eine vom Vakuum unabhängig „regulierbare" Röntgenröhre. Fortschritte a. d. Geb. d. Röntgenstrahlen. Bd. 21. p. 206. Heft 2.

304. Schmidt, H. E., Spätschädigungen der Haut und innerer Organe nach therapeutischen Röntgenbestrahlungen. Deutsche med. Wochenschr. 32. p. 1553.

305. — Kompendium der Röntgentherapie. Berlin, A. Hirschwald. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 22.

306. — Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlenbehandlung in den letzten Jahren. Berl. klin. Wochenschr. 20. p. 927. (Übersichtsreferat.)

307. — Erfolge und Technik der Röntgenbehandlung in der Gynäkologie. Berl. klin. Wochenschr. 1912. Nr. 27.

308. — Zur Technik und Pathologie der gynäkologischen Röntgenbehandlung. Gyn. Rundschau. Heft 6—10. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 28. p. 1048.

309. — Über die früher und heute erzielten Erfolge der Strahlenbehandlung bei tiefgelegenen Karzinomen. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 21. Heft 1. p. 33.

310. Schmincke, Vergleichende Untersuchungen über die Temperaturwirkung der Wasser-, Kohlensäure- und Moorbäder. 34. Balneologenkongr. zu Berlin vom 26.—30. März. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 17. Med. Klin. Jahr. 9. Nr. 27. p. 1080.

312. Schnée, A., Zur Technik der Tiefenbestrahlung. Zeitschr. f. physikal. u. diätet. Therap. Bd. 17. Heft 5. p. 290. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 20. Heft 6. p. 573.

314. — Ein neuer praktischer Vierzellenbadeschalter. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 31.

315. — Eine neue Anwendung des elektrischen Vierzellenbades. IV. Intern. Kongr. f. Physiotherapie. Sitzg. vom 27. März.

317. Schönfeld, A., Das Röntgeninstitut des Kaiser-Jubiläums-Spitales der Stadt Wien. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahl. Bd. 21. Heft 2. p. 208.

318. Schüller, H., Über die Erfahrungen mit Rademanit bei Karzinom. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 41.

319. Schütze, F., Über das Luftkühlrohr „Stabil". Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 20. Heft 5. p. 509.

320. Schwarz, G., Zur Frage des wirksamen Prinzips biochemischer Strahlenreaktion. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 9.

321. — Zur Frage der Sekundärstrahlentherapie. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 46.

322. Schwenter, J., Leitfaden der Momentaufnahme im Röntgenverfahren. Leipzig, Nemnich.

323. Schwyzer, Der Fluorgehalt des Karlsbadwassers. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 48. p. 2678.

324. Seefeldt, M., Die klinischen Erfolge der mehrstelligen Filterbestrahlung in der Gynäkologie. Inaug.-Diss. Freiburg i. Br. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 43. p. 1606.

325. Seeliger, F., Die Fulguration und ihre Erfolge bei der Behandlung des Krebses. Inaug.-Diss. Leipzig.

326. Seeligmann, L., Die kombinierte Chemo- und Röntgentherapie maligner Geschwülste. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 27.

327. — Erfolge mit der kombinierten Chemo- und Röntgentherapie maligner Geschwülste. 85. Versamml. deutsch. Naturf. u. Ärzte in Wien. 22. Sept.

328. Seitz, Th., Weitere Erfolge der gynäkologischen Radiotherapie. Inaug.-Diss. Freiburg i. Br. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1605.

329. Sellheim, Neue Wege zur Steigerung der zerstörenden Wirkung der Röntgenstrahlen auf tiefliegende Geschwülste. 85. Vers. deutsch. Naturf. u. Ärzte in Wien. 22. Sept. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 41. p. 2266.

331. v. Seuffert, Über gynäkologische Röntgentherapie. Bayr. gyn. Ges. Sitzg. vom 9. Febr. in Nürnberg. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. p. 855. Strahlentherapie. II. p. 714.
333. Sgalitzer, M., Die Röntgentiefenbestrahlung von Tumoren. K. k. Ges. der Ärzte. Sitzg. vom 28. Nov. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 51. p. 2868.
334. Sigwart, W., und P. Händly, Das Mesothorium in der Gynäkologie. Med. Klin. Jahrg. 9. Nr. 33. p. 1322.
335. Simonson, Die schmerzstillende Wirkung der Röntgenstrahlen in der Gynäkologie. Strahlentherapie. II. p. 192.
336. Simmonds, M., Über Mesothoriumschädigung des Hodens. Deutsche med. Wochenschrift Nr. 47, Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 48. p. 2691.
337. Snegirew, Die heilende Wirkung von Röntgenstrahlen, Radium und Mesothorium auf benigne und maligne Tumoren. Wratsch. Gaz. Nr. 47. Sitzungsber. der Ges. zur Bekämpfung der Krebskrankheiten. (H. Jentter.)
338. Söderlund, G., Zur Frage der Röntgendiagnostik der Nierentuberkulose, speziell der sogenannten „Rittniere". Fol. urolog. 1912. Sept. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 1. p. 39.
339. Sparmann, Bericht über den weiteren Krankheitsverlauf der mit Radium behandelten Fälle maligner Tumoren. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 50.
340. Spilard, B., Über einen neuen Apparat für sämtliche Messungen der Radioaktivität. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 29.
341. Stapfer, H., Technik der Bewegungstherapie. Bd. 2. Gynäkologie. Paris, Felix Alcan. 1912. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1467.
342. Sticker, A., Radium- und Mesothoriumbestrahlung. Ihre theoretischen Grundlagen und ihre praktische Anwendung in der Heilkunde. Strahlentherapie. Bd. 3. Heft 1. p. 1—63. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 43. p. 1606.
343. — Anwendung des Radiums und Mesothoriums bei Geschwülsten. Berl. klin. Wochenschr. 1912. Nr. 50.
344. — Radium- und Elektrotherapie. IV. Intern. Kongr. f. Physiotherapie. Sitzg. vom 29. März. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 17.
345. Strasser, Wissenschaftliche Grundlagen der Hydrotherapie. 34. Balneologenkongr. zu Berlin vom 26.—30. März. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 16. Med. Klin. Jahrg. 9. Nr. 26. p. 1027.
346. Strassmann, Gynäkologische Röntgentherapie. 15. Versamml. d. deutsch. Ges. f. Gyn. Halle a. S. 14.—17. Mai.
347. — P., Zur Verwendung der Röntgenstrahlen für die Behandlung der Myome des Uterus. Therap. d. Gegenw. 54. p. 24.
348. Strauss, Strahlentherapie. Med. Klin. Jahrg. 9. Nr. 34. p. 1384.
349. Strubell, A., Das Wechselstrombad. Dresden und Leipzig, Th. Steinkopff.
350. Szilard, B., Über einen neuen Apparat für sämtliche Messungen der Radioaktivität. Berl. klin. Wochenschr. Jahrg. 50. Nr. 29. p. 1352.
351. Thedering, Ein einfacher Röntgenstärkemesser. Zentralbl. f. Röntgenstr., Radium u. verw. Geb. 4. p. 5.
352. Theilhaber, A., Zur Frage von der operationslosen Behandlung des Karzinoms. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 8.
353. Thieme, B., Quarzlampe für medizinische Zwecke. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 22.
354. Tobias, E., Über die praktische Bedeutung der Hochfrequenzbehandlung (d'Arsonvalisation) — insbesondere bei inneren und Nervenkrankheiten. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 11 u. 12. (Sammelreferat.)
355. Turner, D., Die im Jahre 1912 in der Royal Infirmary Edinburgh mit Radium behandelten Fälle. Brit. med. Journ. March 15.
356. Tuszkai, O., Attribute eines Frauenkurortes. 85. Versamml. deutsch. Naturf. u. Ärzte in Wien. 24. Sept. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 43. p. 2432.
357. Vallet, E., Nouveau mode d'application externe du radium. Presse méd. Jahrg. 21. Nr. 69. p. 697.
358. Voigts, Mesothorium als Röntgenstrahlenersatz in der Gynäkologie. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 22. 15. Versamml. d. deutsch. Ges. f. Gyn. Halle a. S. 14. Mai.
360. Walkhoff, Die erste biologische Radiumwirkung. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 36.

361. Walter, Über die Röntgenschutzwirkung des Bleies und Bleiglases. IX. Kongr. d. deutsch. Röntgenges. in Berlin am 29. u. 30. März. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 15. Verhandl. d. deutsch. Röntgenges. Bd. 9. p. 90.
362. — Über radioaktive Substanzen und ihre therapeutische Verwendung. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 20. Heft 5. p. 511.
363. Wanner, Mesothorbehandlung bei inoperablen Geschwülsten. 15. Versamml. d. deutsch. Ges. f. Gyn. Halle a. S. 14. Mai.
364. — und O. Teutschlaender, Das Mesothorium und seine Wirkung auf bösartige Neubildungen. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Heft 3.
365. Weidenfeld und Specht, Beiträge zur Biologie der Röntgenhaut. Wiener med. Wochenschr. Nr. 38 39. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 49. p. 2749.
366. Weitzel, Erfahrungen mit der Röntgentiefentherapie. Strahlentherapie. Bd. 3. Heft 1. p. 272. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 43. p. 1606.
367. — Röntgentiefentherapie. 15. Versamml. d. deutsch. Ges. f. Gyn. Halle a. S. 14. Mai.
368. Werner, R., Radiotherapie der Geschwülste. IV. Intern. Kongr. f. Physiotherapie. Sitzg. vom 29. März. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 17. Strahlentherapie II. p. 614.
369. — Über Behandlung der Geschwülste mit radioaktiven Substanzen. Versamml. mittelrhein. Ärzte zu Bad Kreuznach am 18. Mai. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 24.
370. — Erfahrungen mit den chemisch-physikalischen Behandlungsmethoden des Krebses im Samariterhause. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 38.
371. Wertheim, Radiumbehandlung des Karzinoms. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 24. p. 1011.
372. Westermaier, H., Radiumtherapie in der Gynäkologie. Inaug.-Diss. Freiburg i. Br. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 43. p. 1607.
373. Wetterer, Röntgentherapie in der Gynäkologie. Deutsche med. Wochenschr. 1912. Nr. 49.
374. Wichmann, Die Muttersubstanzen des Radiums und Mesothoriums. Ärztl. Verein in Hamburg. Sitzg. vom 1. Juli. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 28.
375. — Licht- und Strahlentherapie. Geb. Ges. zu Hamburg. Sitzg. am 24. Juni in der Lupusheilstätte Eppendorf. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 47. p. 1721.
376. Wickham, L., Allgemeine histologische Veränderungen der Gewebe unter dem Einfluss der Strahlenwirkung. Berl. klin. Wochenschr. 50. Nr. 22. p. 1006. Nr. 23. p. 1058.
377. — Die durch Strahlen hervorgerufenen histologischen Gewebsveränderungen. Strahlentherapie. Bd. 3. Heft I. p. 64—81. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 43. p. 1608.
378. — Die Anwendung des Radiums in der Gynäkologie. Handb. d. Radium-Biologie. u. Therapie.
379. Willette, R., Die Heissluftbehandlung der Metritis. Gynécologie. 16. Jahrg. Nr. 10. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1467.
380. Winternitz, W., Die Hydrotherapie auf physiologischer und klinischer Grundlage. Vorträge f. prakt. Ärzte u. Studierende. Faks-Abdr. d. 1. Aufl. vom Jahre 1877. Wien und Leipzig, Heller. 1912. X.
381. Wolff, Eine einfache, neue Bestrahlungslampe für Gleich- und Wechselstrom. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 4.
382. Worthington, Diathermie und Elektrokoagulation. Allg. Wiener med. Zeit. Jahrg. 58. Nr. 34. p. 375.
383. Zaretzky, S., Zur Röntgentherapie in der Gynäkologie. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 72. Heft 2.
384. v. Zeynek, Die wissenschaftlichen Grundlagen der Thermopenetration. IV. Intern. Kongr. f. Physiotherapie. Sitzg. vom 27. März. Strahlentherapie. Bd. 3. Heft 1. p. 200. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 39.
385. Ziegler, J., Zum Wert des Gasunterbrechers und des Bauerschen Qualimeters. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 21. Heft 2. p. 154.
386. Zimmern, A., La diathermie. Presse méd. Jahrg. 21. Nr. 85. p. 845.
387. — und Cothenot, Röntgenbehandlung bei Hyperfunktion von Organen mit innerer Sekretion. IV. Intern. Kongr. f. Physiotherapie. Sitzg. vom 29. März. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 17.
388. — — und Pariaux, Die Wurzelbestrahlung zur Behandlung der Neuralgien. Strahlentherapie. Bd. 2. Heft 2.

III.

Anästhesierungsmethoden, allgemeine und medikamentöse Therapie, Diagnostik, Zusammenhang mit der übrigen Pathologie, Allgemeines über Laparotomie und sonstiges Allgemeines.

Referent: Privatdozent Dr. Bernhard Aschner.

A. Anästhesierungsmethoden, allgemeine und medikamentöse Therapie.

1. Aimé, A., Die Heliotherapie in der Gynäkologie. Revue de Gyn. p. 327. (Sonnenbäder werden bei Entzündungen der Genitalorgane, insbesondere bei solchen tuberkulöser Natur empfohlen.)
2. Arnaud, L., Die intraperitonealen Injektionen von Sauerstoff bei der Peritonitisbehandlüng. Lyon Gyn. Bd. 8. Okt. p. 411. Ref. Presse méd. p. 35. (Im Anschluss an Laparotomien bei diffuser Peritonitis wurde nach möglichster Reinigung der Bauchhöhle und Schluss der Wunde durch zwei Drains im unteren Wundwinkel Sauerstoff kontinuierlich durch die Bauchhöhle geleitet. Die Erfolge sind nicht eindeutig.)
3. Auerbach, B., Über die Behandlung schwerer Anämien mit Blutinjektionen. Diss. Leipzig 1903. (Gegenüber der gefährlichen intravenösen Blutinjektion (Isoagglutination und Hämolyse) wird auf Erfolge mit subkutaner Einspritzung defibrinierten Menschenblutes hingewiesen. Wahrscheinlich werden dadurch Lipoide einverleibt, die einen Reiz auf die blutbildenden Organe ausüben.)
4. Bab, H., Organotherapeutische Erfahrungen und Anwendung von Aphrodisiaca in der Gynäkologie. Zentralbl. f. Gyn. p. 1678. (Bericht über 155 Fälle von Pituitrinanwendung gegen verschiedenartige gynäkologische Blutungen, Erfolg in 81% der Fälle. In 22 von 36 Fällen konnte Amenorrhoe durch Pituitrin behoben werden. Gegen Frigidität wurden Oophorin-Yohimbin-Lezithin-Tabletten verordnet. Auch mit Hypophysenvorderlappenextrakt wurden klimakterische und amenorrhoische Beschwerden gelindert. Zirbeldrüsenextrakt hyperämisiert das Genitale und soll gegen Kraurosis verwendet werden.)
5. Bar und Lequeux, Neue Beobachtungen über die Nicollesche Vakzine in der Gynäkologie. Presse méd. p. 218. (Bericht über eine Reihe von geheilten gonorrhoischen Herderkrankungen nach Anwendung der Nicolleschen Gonokokkenvakzine.)
6. Barton, Kaliumpermanganat als lokales Anästhetikum der Urogenitalschleimhäute. Journ. of Amer. Assoc. Vol. 61. p. 196. (Kaliumpermanganat gelöst 1 : 2500 bis 5000, übt auf Urethral- und Blasenschleimhaut eine reizmildernde Wirkung bei Tenesmen aus.)
7. Baruch, Die Anwendung von Joddämpfen in der Gynäkologie. Journ. méd. d. Bruxelles. Tome 17. Nr. 30.
8. Bernheim, Therapeutische Möglichkeiten der Bluttransfusion. Journ. of Amer. Assoc. Vol. 61. p. 268. (Dringende Empfehlung der Bluttransfusion, unter anderen auch bei Graviditätstoxikosen. Infektionen des Spenders durch den Empfänger sind Bernheim nicht bekannt.)
9. Blum, R., Tryenpuderbehandlung in der Gynäkologie. Deutsche med. Wochenschr. p. 1466. (Zur Trockenbehandlung von Vaginalkatarrhen wird ein Gemisch von 10% Tryenpuder mit Talkum empfohlen. Desodorisierende Wirkung (Tryen ist Parajodorthosulfooxyzyklohexatryenpyridin). Ein eigener Pulverbläser, welcher die Scheidenschleimhaut gut entfaltet, wird dazu empfohlen. Bemerkenswert ist die günstige Wirkung auf inoperable Karzinome.)
10. Bonstedt, Zur Therapie chronischer Frauenleiden. Petersburger med. Zeitschr. Nr. 2. p. 18.

12. Bowairt, T., Über drei Fälle von Bluttransfusion bei perniziöser Anämie. Record of the Presbyt. Hospit. New York 1912.
13. Brainbridge, Fulguration und Thermoradiotherapie. Journ. of adr. Ther. Jan.
14. Büsselberg, E., Beitrag zur Belastungsthe(r)apie in der Gynäkologie. Diss. Berlin 1912.
15. Burmann, Über die physiologische Wirkung eines neuen aktiven Bestandteils des Mutterkorns. Schweiz. neue Rundschau f. Med. 1912. Nr. 24.
16. Chaput, M., Lumbalanästhesie, kombiniert mit kurzer Chloräthylnarkose. Revue de Gyn. p. 187. (Bei partiellem Versagen der Lumbalanästhesie wird Nachhilfe mit kurzem Chloräthylrausch empfohlen.)
17. Cotton und Boothby, Die Lachgas-Sauerstoff-Äthernarkose. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 15. Nr. 3.
18. Credé-Hörder, Liquor-Hydrastinini (Bayer). Ein synthetisches Hydrastinum hydrochloricum. Deutsche med. Wochenschr. 1912. Nr. 39.
19. Dalché, P., Pubertätsamenorrhoe und ihre hydrotherapeutische und klimatische Behandlung. Gaz. des Hôp. Jahrg. 86. p. 955.
20. Danis, R., Über die transsakrale Anästhesie bei Operationen am Perineum und im kleinen Becken. Presse méd. Oct. (Danis gibt eine neue Methode der Anästhesie an, welche darin besteht, dass er eine Novokainlösung in die Kreuzbeinlöcher injiziert. Die Patienten liegen dabei auf dem Bauch. Daumenbreit neben der Mittellinie und daumenbreit unterhalb der Spina iliaca posterior inf. kommt man ins dritte Kreuzbeinloch. Man injiziert einige ccm einer 1,5%igen Novokainadrenalinlösung. Daumenbreit unterhalb der ersten Einstichstelle gelangt man ins vierte Sakralloch, wo gleichfalls beiderseits injiziert wird. Unter dieser Anästhesie wurden Hämorrhoidenoperationen, Curettagen und Amputation eines Rektumkarzinoms vorgenommen. Bei Coccygodynie wird in die Sakrallöcher Alkohol mit gutem Erfolg injiziert.)
21. Daude, O., Über die Bäderbehandlung der weiblichen Sterilität. Med. Klin. Nr. 30. p. 1209. (Zur Bäderbehandlung besonders geeignet ist Sterilität infolge von Allgemeinerkrankung. Ferner Katarrhe und Hyperästhesien. Kohlensäure-, Moor- und Solbäder in Form von Vollbädern, gelegentlich auch Halb- und Sitzbäder werden empfohlen.)
23. Debré und Parad, Die Serotherapie der Gonorrhoe. Presse méd. p. 1013. (Das Serum wird hergestellt durch Immunisierung von Tieren mit abwechselnd subkutaner und intravenöser Injektion von lebenden und abgetöteten Gonokokken. Die Untersuchungen werden einstweilen rein experimentell unternommen. Therapeutische Erfolge sind noch Zukunftsmusik.)
24. Dembskaja, Ein Versuch der Bereitung eines Antigonokokkenserums nebst klinischen Beobachtungen. Russki Wratsch. Nr. 18. (Dembskaja hat nach den Angaben Porreys drei Versuchstiere (Bock, Ziegenbock, Ziege) mit Gonokokkenkultur in steigenden Dosen immunisiert. Um die Gonokokken virulenter zu machen, hat Dembskaja sie zuerst durch eine Reihe lebender Organismen (Meerschweinchen) durchgeführt (mittelst intraperitonealer Injektion) und, da letztere keinerlei Zeichen der Infektion aufwiesen, durch Röntgenstrahlen Leukopenie herbeigeführt, d. h. die Tiere ihrer natürlichen Schutzkräfte beraubt. Die meisten Meerschweinchen gingen an Entkräftung und Hautschädigungen zugrunde, die Gonokokkeninokulation blieb jedoch resultatlos. Darauf fing Dembskaja an, Gonokokken in Fleisch-Pepton-Bouillon mit Aszitesflüssigkeit und Lezithin zu züchten und injizierte den Versuchstieren nach wenigen Tagen ein Gemisch von diesen Kulturen mit Agarkulturen (subkutan, intravenös, intrapleural, intraperitoneal). Die Tiere reagierten mit hohem Fieber. Nachdem die Dosis bereits 100 ccm betrug (Gemisch aus fünf Rouxschen Kolben mit fünf Bouillonkulturen), wies das Blut noch keine Antikörper auf. Danach wurde die Dosis auf 200 ccm gebracht (Gemisch aus acht Rouxschen Kolben und zehn Bouillonkulturen): jetzt wurden im Blute Immunkörper gefunden (Reaktion nach Bordet-Gengou). Dembskaja empfiehlt die Serotherapie bei akuter Gonorrhoe, da der Organismus noch über keine eigenen Antikörper verfügt. Ausserdem könnte das Serum zur Vervollkommnung der Vakzine dienen. Es wäre zu versuchen eine Vakzine aus lebenden Gonokokken, welche mittelst des spezifischen Serums sensibilisiert worden ist (Analogie mit Pockendetritus). Dembskaja hat das vom Ziegenbock gewonnene Serum an 13 Kranken angewendet (dreimal Arthritis, zweimal Adnexentzündungen, zweimal Vaginitis infantum, einmal Epididymitis und fünf akute Urethritiden bei Männern).

Bei Arthritis schwanden die Schmerzen schnell, das Ödem gab nach, die Bewegungen wurden frei. Bei Genitalgonorrhoe wurden sehr gute Resultate erzielt. Der Gonococcus verschwindet nach 5 bis 33 Injektionen. Dank dem Serum wird der Gonococcus aus einem aggressiven Mikroroganismus zu einem saprophytären. Diese Voraussetzung wird durch das mikroskopische Bild des Eiters vollauf bestätigt. An der Injektionsstelle tritt bald lokales Ödem und Parästhesie auf; bald danach Rötung und Gefühl des Juckens. Nach einem Tage leichte Desquamation des Epithels und Anschwellung der nächstliegenden Lymphdrüsen. Bei fieberlosen Kranken wird subfebrile Temperatur beobachtet (bis 37,4). Bei fiebernden Patienten wird das akute Stadium bedeutend abgekürzt.) (H. Jentter.)

25. — Moderne Behandlungsmethoden der Gonorrhoe. Wratsch. Gaz. Nr. 24. Verhandl. des XII. Pirogowschen Kongr. (Serotherapie ist in akuten Fällen indiziert, in welchen die Vakzinebehandlung erfolglos bleibt. Für therapeutische Zwecke ist am geeignetsten Serum vom Ziegenbock. Zur Immunisierung dienen frische Kulturen von festen Nährböden in Kombination mit 3—10tägigen flüssigen Kulturen. Mit gutem Erfolg wurde das Serum in 17 Fällen angewandt. Die Zahl der Injektionen schwankte bis 33. Das Serum wirkt nicht bakterizid, schwächt aber die Pathogenität der Gonokokken. Letzteres wird bestätigt durch das Bild des Urethraleiters. Abgeschwächte Gonokokken erliegen leichter dem Einfluss der Desinfektion.) (H. Jentter.)

26. Depree, H. F., Adrenalin bei Chloroformnarkose. Brit. med. Journ. April 26. (Exitus eines Patienten bei leichter Chloroformnarkose und darauffolgender Injektion von ganz geringen Mengen Adrenalinlösung.)

27. Dougal, D., Eine Kombination von Narkoseschirm und Instrumententischchen für gynäkologische Operationen. Journ. of Obst. p. 278. (Ein mit Leinwand überzogener Metallrahmen wird vor dem Gesicht des in Beckenhochlagerung befindlichen Patienten zur ungehinderten Ausführung der Narkose und besseren Wahrung der Asepsis angebracht. Dieser Schirm kann zugleich als Instrumententischchen dienen.)

28. Dreyer, L., Transfusion und Infusion. Ergebn. d. Chir. u. Orth. Bd. 6. (Nur die unmittelbare Transfusion von Mensch zu Mensch ist aussichtsreich. Nach schweren Blutverlusten wird Zusatz von Sauerstoff zur intravenösen Kochsalzinfusion empfohlen (nach Küttner).)

29. Dumont, F., Die intramuskuläre Ätherisierung. Korrespondenz f. Schweizer Ärzte. 1912. Nr. 25.

30. Engel, R., Über Alkohol-Kochsalzinfusionen. La Gyn. p. 414. (E. empfiehlt gegen Kollaps subkutane Injektionen von 250—1500 g gezuckerter physiologischer Kochsalzlösung mit 5—12% Rumzusatz. E. hat während zweier Jahre gute Erfolge davon gesehen.)

31. Evler, Zur Wirkung des Tryens. Therap. Monatsh. p. 648. (Adstringierendes antiseptisches Präparat (Parajodmetaoxychinolinothrosulfosäure plus 20% Natriumbikarbonat). Zur äusserlichen Anwendung bei entzündlichen und jauchenden Prozessen, insbesondere inoperablen Karzinomen empfohlen.)

32. Finsterer, H., Über die Bedeutung der Anästhesie für den Verlauf der Laparotomien. Wiener klin. Wochenschr. p. 1560. (Finsterer stellt die Behauptung auf, dass der Tod an sog. Operationschoc bei fehlendem grösseren Blutverluste nichts anderes darstelle als eine protrahierte Narkosewirkung. Zum Beweise wird angeführt, dass bei Verwendung von Lokalanästhesie kein einziger Todesfall an Operationschoc zu verzeichnen war. Von allgemeinen Narkoticis wird Äther am meisten empfohlen. Ausführliche Begründung dieses Standpunktes.)

33. Fisch, Besprechung des jetzigen Standes der Lumbalanästhesie. Monatsschr. f. Geb. Bd. 37. p. 399.

34. Freund, E., Erfahrungen mit Arthigon bei den Komplikationen der Gonorrhoe. Münchn. med. Wochenschr. S. 746. Bericht über 42 mit Bruckschem Arthigon behandelte Fälle von Gonorrhoen bei Männern. (Das Mittel wird als spezifisch angesehen, kann diagnostisch wertvoll sein und ist vollkommen unschädlich. Therapeutisch hat es sich gleichfalls bewährt, besonders bei akuter gonorrhoischer Arthritis, Epidymitis und Prostatitis.)

35. Funck-Brentano und Planchu, Behandlung der weiblichen Sterilität. (Mit Diskussion.) La Gyn. p. 37. Déc. 1912. (Als viertes Kapitel wird der Einfluss der Tuben und Ovarien auf die Sterilität besprochen. Nach konservativer Adnexoperation sieht

man noch in 10 bis 12% Schwangerschaft eintreten. Die Autoren setzen sich daher für möglichst konservatives Vorgehen ein. Der letzte Abschnitt handelt über sekundäre Sterilität und Appendizitis. Geschichtliche Einleitung, Definition. Die Frequenz der weiblichen Sterilität schwankt zwischen 14,3 und 16,9%. Die hauptsächlichsten Ursachen der Sterilität sind Gonorrhoe, Genitalhyperplasie, Endometritis, Myom, bewegliche und fixierte Retroversionen, Salpingooophoritis und Perimetritis nicht gonorrhoischer Natur, Cervikalkatarrh, sekundäre Stenose des äusseren Muttermundes, Parametritis posterior mit Fixation des Uterus, spitzwinklige Anteflexion, Cervixpolypen, Ovarialzysten, Vaginismus und in einer grossen Zahl der Fälle Sterilität von seiten des Mannes. Die Behandlung der Sterilität muss eine möglichst kausale sein. Sie hat zu berücksichtigen: 1. Die Behandlung des Allgemeinzustandes bei chronischen Allgemeinerkrankungen und Intoxikationen, 2. lokale Ursachen. An der Vulva sind solche bedingt durch Persistenz des Hymen, angeborene und erworbene Atresie, endlich den Vaginismus. Ähnliches gilt für die Vagina. Am Uterus kommen angeborene Anomalien, Lageveränderungen, Tumoren und Entzündungen in Frage. Die künstliche Befruchtung in verzweifelten Fällen wird empfohlen. Bei der Behandlung der von Tuben und Ovarien ausgehenden Sterilität wird möglichst konservatives Vorgehen zum Prinzip gemacht. Auch die Ovarientransplantation soll im Auge behalten werden. Ausführliche Literaturangaben.)

39. Gellhorn, G., Lokal- und Spinalanästhesie in Gynäkologie und Geburtshilfe. Journ. of Amer. Assoc. p. 1345.

40. Gerschun und Finkelstein, Zur Frage der Vakzinetherapie der gonorrhoischen Erkrankungen. Berl. klin. Wochenschr. p. 1701. (Versuche mit einer aus zahlreichen Gonokokkenstämmen hergestellten polyvalenten Heterovakzine am Material des Moskauer städtischen Krankenhauses. Die Autoren berichten über günstige Resultate bei lokalen und metastatischen gonorrhoischen Erkrankungen. In kleinen und mittleren Dosen ist die Vakzine für die Kranken ohne jede Gefahr. Sie wirkt schmerzlindernd und resorbierend auf die empfindlichen Infiltrate. Häufig schwinden die Gonokokken im Urethralsekret.)

41. Goldblad, Orthopädische Prinzipien bei der Behandlung der abdominellen Enteroptose und chronischen intestinalen Stase. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 16. Nr. 6. (Verf. glaubt, dass schlechte Körperhaltung eine Hauptursache der Enteroptose sei und will eine Besserung durch Schonung der geschwächten Rückenmuskulatur mit Bettruhe oder Tragen von Geradehaltern, gymnastische Übungen und Bandagierung des Bauches erreichen.)

42. Graef, W., Bericht über Erfahrungen mit der intravenösen Äther- und Isopraläthernarkose. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 83. Heft 1.

43. Gramenitzky, Serotherapie und Vakzinetherapie chirurgischer gonorrhoischer Erkrankungen nach dem Material des Obuchow-Hospitals. Wratsch. Gaz. Nr. 24. (H. Jentter.)

44. Grunert, E., Der gegenwärtige Stand der allgemeinen Narkose. Ergebnisse d. Chir. u. Orth. Bd. 5.

45. Gung, Th., Die Therapie der klimakterischen Störungen der Frau. Monatsschr. f. mod. Klin. u. Therap. p. 234.

46. Haim, E., Über Lokalanästhesie in der kleinen operativen Gynäkologie. Prager med. Wochenschr. Nr. 8. (Haim verwendet eine 1—2%ige Novokainsuprareninlösung bei Cervixdilatation, bei Abtragung von Hämorrhoidalknoten, zur Anästhesierung des Dammes bei der Geburt und für die Dammnaht etc.)

47. Helm, Über Lumbalanästhesie. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 81.

48. Heymann, H., und Moos, Erfahrungen über Vakzinebehandlung der weiblichen Gonorrhoe. Monatsschr. f. Geb. Bd. 37. p. 326.

49. Hirschberg, A., Zur Salizyltherapie in der Gynäkologie. Berl. klin. Wochenschr. 1912. Nr. 23.

50. — Das Thigenol in der gynäkologischen Therapie. Berl. klin. Wochenschr. p. 957. (20%iges Thigenolglyzerin (Hoffmann-La Roche und Co.) mittelst Tampons vaginal appliziert hat sich bei der konservativen Behandlung entzündlicher Genitalaffektionen gut bewährt.)

51. Hirschfeld, G., Über die Anwendung der Fermentintabletten in der Gynäkologie. Fortschr. d. Med. p. 606. (In der Hauptsache aus pulverisierter Hefe bestehende Vaginaltabletten gegen Katarrhe der Cervix und der Scheide.)

52. Höfling, Die moderne Trockenbehandlung des Fluor albus mittelst Tryen in kritischer Beleuchtung. Allg. med. Zentralztg. p. 214. (Das Präparat ist ein Jodbenzolderivat und wird zur Trockenbehandlung von Zervikal- und Scheidenkatarrhen, wie auch in $10^{0}/_{0}$iger Gaze und $10^{0}/_{0}$igen Urethral- und Uterinstäbchen mit Erfolg verwendet. Geliefert von West-Laboratorium, Berlin-Wilmersdorf.)

53. Hölder, Gestatteter Probedämmerschlaf. Eine Bestimmung der Toleranz für Skopolamin-Pantopon bei der nachfolgenden Operation. Zentralbl. f. Gyn. p. 380.

54. Honan, Allgemeine Anästhesie auf intravenösem Wege. Med. Record. Febr. 8.

55. Jack, W. R., Vakzinebehandlung der gonorrhoischen Vulvovaginitis. Glasgower med. Journ. Nr. 2. (Verf. behandelte sechs Fälle,; der Erfog war trotz monatelanger Behandlung nicht ermutigend.)

56. Jaschke, R. Th., Pituitrin als postoperatives Tonikum, mit besonderer Berücksichtigung der Blasenfunktion. Münchn. med. Wochenschr. 1912. Nr. 30.

57. Jonnesco, M., Die allgemeine Rachianästhesie. Presse méd. 11 Oct. (Jonnesco berichtet über 11 324 Operationen, welche in ganz Rumänien mit seiner Methode gemacht worden sind. Darunter waren 1035 hohe und 10 289 tiefe Anästhesien. Er hat 2426 derartige Anästhesien gemacht, davon 505 hohe Einstiche. Jonnesco wendet seit fünf Jahren keine Inhalationsnarkose mehr an und hat bei seinem Verfahren keinen Todesfall und keine Komplikation erlebt. Er macht auch mehrfache Injektionen zugleich möglichst nach den Rückenmarkswurzeln, die anästhesiert werden sollen. Für das Becken kommt als Einstichstelle der Zwischenraum zwischen 12. Brust- und I. Lendenwirbel in Betracht. Für die Anästhesie des Perineums wird zwischen 4. und 5. Lendenwirbel eingestochen. Als Anästhetikum wird Stovain mit Strychninzusatz verwendet. Da Jonnesco keine Komplikationen und keine Kontraindikationen dabei fürchtet, hält er die allgemeine Rachianästhesie für die Methode der Zukunft.)

58. Kasashima, Y., Über den Pantopon-Skopolamindämmerschlaf. (Aus der Sellheimschen Klinik.) Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. 18. p. 90. (Bei grossen gynäkologischen Eingriffen ist der Dämmerschlaf nicht als selbständiges Narkoseverfahren, sondern nur als Unterstützung der Lumbalanästhesie oder Inhalationsnarkose verwendbar. Das Pantopon ist dabei dem Morphin überlegen, Schmerzäusserung und Pressen während der Operation, Erbrechen nach der Operation werden dadurch vermindert.)

59. Keibel, E., Erfahrungen mit Erystypticum Roche. Deutsche med. Wochenschr. p. 262.

60. Kisch, E., Über Äther-Tropfnarkosen, nach vorheriger Injektion von Pantopon-Atropin-Schwefelsäure. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 7.

61. Klause, K., Über Vakzinebehandlung bei Gonorrhoe. Aus der Herxheimerschen Klinik in Frankfurt a. M. Berl. klin. Wochenschr. p. 1813. (In den letzten drei Jahren wurde das Verfahren an etwa 700 Fällen versucht, und zwar eigenes und Brucksches Vakzin (Arthigon). Beide Präparate wirkten ziemlich gleichartig. Das Mittel wurde nie länger als drei Monate verwendet. Subkutane Applikationen erwiesen sich als schmerzhaft, weniger die intraglutäale Einspritzung. Im Beginn wurden 5—10 Millionen Keime auf den ccm verwendet, in viertägigen Intervallen wurde bis zu einer Keimzahl von 100 Millionen im ccm angestiegen. Der diagnostische Wert der lokalen, allgemeinen und Herdreaktionen ist zweifelhaft. Der therapeutische Erfolg bei weiblichen Adnexerkrankungen ist wegen der meist vorliegenden Mischinfektionen schwer zu beurteilen. Urethritis und Proktitis werden nicht günstig beeinflusst. Besser vielleicht die chronische Zervikalgonorrhoe. Ganz eindeutig waren die Erfolge in 49 Fällen von gonorrhoischer Arthritis. Das Auftreten von neuen Komplikationen und Rezidiven während der Vakzination ist zu gewärtigen. Im ganzen ist das Mittel unschädlich, dauernde Schädigungen wurden jedenfalls nicht beobachtet. Geringes Fieber ist keine Kontraindikation. Prophylaktischen Wert besitzt das Vakzin nicht. Relativ frische Fälle werden besser beeinflusst als alte Fälle. Ein Versuch ist in jedem Falle von geschlossener gonorrhoischer Herderkrankung angezeigt.)

62. Klein, G., Adrenalin und Pituitrin bei Dysmenorrhoe. Monatsschr. f. Geb. Bd. 37. p. 169.

63. Klein, H. V., Die Bedeutung der Hydrotherapie für den Gynäkologen. Versamml. d. Naturf. u. Ärzte in Wien. Sept. (Bericht über die an der Wertheimschen Klinik erzielten Erfolge mit diesem Heilverfahren. Die besten Resultate waren bei sexueller Neurasthenie zu sehen. Auch chronisch-entzündliche Prozesse werden gut beeinflusst. Die Verwendung des Moors wird empfohlen. Eingehende Beherrschung der Technik ist erforderlich.)

64. Kleinertz, R., Der therapeutische Wert des Alsol. Prager med. Wochenschr. 1912. Nr. 15.

65. Komarowsky, Zur Anwendung der Gonokokkenvakzine bei gonorrhoischen Erkrankungen. Therap. Obosr. Nr. 14. (Die Vakzinetherapie hat die auf sie gebauten Hoffnungen, als auf eine selbständige Heilmethode, getäuscht, aber als Hilfsmittel in der Behandlung gonorrhoischer Affektionen tiefliegender Organe und Gewebe ist sie von grossem Wert.) (H. Jentter.)

66. Kowarschik, Die Diathermie. 136 Seiten. Berlin, Springer. (Monographie über die physikalischen und biologischen Grundlagen. Die therapeutische Anwendung ist noch wenig ausgearbeitet. In der Gynäkologie kommt sie vor allem bei entzündlichen Prozessen im kleinen Becken in Betracht.)

67. Kraus, Zur Anästhesierung des Uterus. Zentralbl. f. Gyn. p. 1552. (Kraus hat die in der Zahnheilkunde verwendete Druckanästhesie für die Gynäkologie nutzbar zu machen gesucht. Bei Abrasio mucosae werden vor der Operation Hegarstifte mit einer Zuckerglasur überzogen, in welcher Suprarenin und Novokain in bestimmter Menge enthalten sind. Die Cervixdehnung wird durch dieses Verfahren zu einem schmerzlosen Eingriff gestaltet.)

68. Kraus E., Eine Modifikation der Tamponbehandlung. Gyn. Rundschau. p. 174. (K. misst der Tamponbehandlung an sich eine mehr suggestive als tatsächliche kurative Wirkung bei. Er verwendet einen weissen Gazestreifen, dessen Ende in eine stark verdünnte Lösung von essigsaurer Tonerde getaucht wird. Solche Streifen adaptieren sich besser der Scheide als der runde Tampon und bedecken eine grössere Fläche, wodurch sie den entzündeten Adnexen und den Parametrien besser anliegen. Die feuchte Wärme, die resorptive, bakterizide und adstringierende Wirkung auf den Fluor werden hervorgehoben. Die Patienten geben an, dass sie bei der Streifenbehandlung weniger Ausfluss als bei der Tamponbehandlung bemerken.)

69. Kutscher, Über Händedesinfektion mit Bolusseife und -paste nach Liermann. Berl. klin. Wochenschr. p. 629. (Die austrocknende und adstringierende Wirkung der Bolus alba wird entweder mit 96%igem Alkohol in Form einer Paste oder als Bolusseife für Hautdesinfektion nutzbar gemacht: kurzes Abbrausen der Hände mit heissem Wasser, kurze Waschung mit Bolusseife, Abspülen, Abreiben mit einem sterilen Tuch, Anfeuchtung mit Alkohol und Einreiben mit Boluspaste. Das Verfahren ist der reinen Alkoholwaschung nicht überlegen, da die erwartete Keimfixierung auf der Haut keine entsprechend sichere ist.)

70. Läwen, Die Extradural-Anästhesie. Ergebn. d. Chir. Bd. 5.

71. — Über die Verbindung der Lokalanästhesie mit der Narkose, über hohe Extradural-Anästhesie etc. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 80.

72. Lamers, Noviform in der Gynäkologie. Med. Klin. 1912. Nr. 45.

73. Landeker, Über die Fortschritte und Erfolge der manuellen gynäkologischen Massage nach Thure-Brandt-Ziegenspeck. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 607.

74. Langenhagen, Die missbräuchliche Anwendung von zu heissen Scheidenspülungen in der Gynäkologie. La Gyn. Mars. p. 141. (Langenhagen schildert den Nutzen heisser Spülungen in richtiger Anwendung bei manchen Erkrankungen und warnt vor den planlosen zu häufigen heissen Spülungen. Irrigationen von 50—52 Grad sollten nur bei Nachgeburtsblutungen, Myomblutungen und klimakterischen Blutungen verwendet werden. Auf die Möglichkeit von Verbrühungen wird hingewiesen.)

76. Langfeldt, Der Kristallalkohol als Desinfektionsmittel. Der Frauenarzt. p. 438. (Kristallisierter Chlorkalk, bei welchem das Kristallwasser durch Alkohol ersetzt ist, also im wesentlichen eine Chlor-Kalziumwirkung. Das Präparat ist im Wasser leicht löslich und wird zur Desinfektion der Hände und des Operationsgebietes empfohlen. Es ist geruchlos, farblos, nicht ätzend, nicht schmierig und ungiftig. Hygroskopische Kristalle, die in gut verkorkten Flaschen aufbewahrt werden.)

77. Laqueur, A., Zur Anwendung der physikalischen Therapie bei gynäkologischen Erkrankungen. Zeitschr. f. Geb. Bd. 74.

78. Laudon, A., Über die Wirkung der epiduralen Injektion bei der Behandlung von Dysmenorrhoe und Kreuzschmerzen. Diss. Freiburg. Juli.

79. Lenartowicz, Über den diagnostischen Wert der Reaktion von Bordet-Gengou und den therapeutischen Wert der Injektionen von Trippervakzinen. Vortrag in der Lemberger gyn. Ges. mit Diskussion. Lwowski Tygodnik Lekarski. Nr. 10. p. 161 bis 163. (Polnisch.) (v. Neugebauer.)

80. Leshnew, Serotherapie der Gonokokkenarthritiden. Nowojew Med. Nr. 20. (41 Fälle. 12—32 Injektionen. Nur zweimal übermässige Reaktion. Besonders günstige Resultate in schweren Fällen von Panarthritis. 95% völlige Genesung, 5% Besserung. Bei Luetikern und Alkoholikern langsamere Wirkung, weshalb grössere Dosen genommen werden müssen.) (H. Jentter.)
81. Liljestrand, Über künstliche Atmung. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 26.
82. Lotheissen, G., Über die Behandlung mit Novojodinpaste. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 81.
83. Lynch, Ein vorläufiger Bericht über Operationen unter extraduraler Anästhesie. Med. rec. 8. Febr.
84. Masson und Marchal, Über Formalinimprägnation in der gynäkologischen Therapie. La Gyn. p. 126. (Trockene und warme Dämpfe von Formalin und Sauerstoff in statu nascendi werden mit einem von Braunberger angegebenen, in der Pinardschen Klinik ausprobierten Apparat („Formojecteur") in die Vagina und die Cervix eingeleitet. Der Apparat besteht aus einer Metallretorte mit mehreren Zu- und Ableitungswegen, in deren Innern die Formoldämpfe erzeugt werden. Der Apparat kann dem Patienten selbst in die Hand gegeben werden. Die Dämpfe wirken günstig auf Lochialfluss, Gonorrhoe, chronischen Uteruskatarrh. Die Wirkung ist eine adstringierende und desinfizierende, der Tonus der Gewebe wird erhöht. Insbesondere Erosionen und Cervicitis sollen günstig beeinflusst werden. Die Anwendung ist einfach, nicht schmerzhaft und unschädlich.)
85. Moos, Erfahrungen mit der Arthigonbehandlung bei der Gonorrhoe des Weibes. Deutsche med. Wochenschr. p. 1122. (Arthigon ist als differentialdiagnostisches Mittel nicht sicher. Die therapeutischen Erfolge beziehen sich hauptsächlich auf abgeschlossene Herde, sind aber auch da kaum besser als bei der bisherigen resorptiven Therapie. Urethritis und Cervicitis werden nicht beeinflusst.)
86. Müller, A., und Saxl, P., Über Kalzium-Gelatine-Injektionen. Therap. Monatshefte. Bd. 26. Nov. 1910. (Hämostatische Wirkung.)
87. Neu, M., Zur spezifischen Diagnostik und Therapie der weiblichen Adnexgonorrhoe. Monatsschr. f. Geb. Bd. 37. p. 187.
88. Nitze, O., Eine neue zweckmässige Tamponbehandlung mit Tampol (Roche). Deutsche med. Wochenschr. 1912. Nr. 45.
89. Offergeld, Über Skopolamin zum Ersatz und zur Einleitung der Inhalationsnarkose. Deutsche med. Wochenschr. 1912. p. 23—62.
90. Oldenborg, Übungsbehandlung der Enteroptose. Journ. Amer. med. Assoc. 1. März.
91. Olivier, Behandlung der Adnextuberkulose. Diss. Lyon 1912.
92. Oppenheim, H., Über ein neues Resorbens in der Gynäkologie (Ichthynat Heyden). Deutsche med. Wochenschr. 1912. Nr. 45.
93. Pauchet, M., Lokalanästhesie bei grossen Operationen. Presse méd. p. 832. (Gegenüber der allgemeinen Anästhesie, die manche späteren Komplikationen mit sich bringt und oft schlechte Narkosen gibt, wodurch die Technik der Operation leidet und gegenüber der Rückenmarksanästhesie, die sehr gute Resultate gibt, wird die Lokalanästhesie als die ungefährlichste anzusehen sein. Sie kann mindestens in 50% der Fälle ausgeführt werden; sie ist ungefährlich, da man Novokain bis zu einer Menge von 1 g und darüber verwenden kann, und zwar in Form der Leitungsanästhesie, Druckanästhesie und der Bierschen Venenanästhesie. Sie eignet sich auch für Bauch- und Beckenoperationen. Nachteile sind die dazu erforderliche spezielle Ausbildung, langsames Operieren und der Umstand, dass die Patienten im Wachzustand auf den harten Operationstischen schlecht liegen. Trotzdem dürfte die Lokalanästhesie in der Zukunft große Verwendung finden.)
94. Peterka, Die Äthylchlorid- bzw. Kelennarkose. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 83.
95. Peterson, Über Inhalationsnarkose mit Berücksichtigung der vom 1. November 1902 bis zum 1. April 1911 an der Universitäts-Frauenklinik zu Heidelberg angewandten Verfahren. Diss. Heidelberg 1912.
96. Phillips, Sauerstoff als Hilfsmittel bei Allgemeinanästhesie. Practitioner. März.
97. Pick, J., Meine Erfahrungen mit Styptol. Berl. klin. Wochenschr. p. 78. (P. empfiehlt 3—4 mal täglich drei Tabletten gegen chronische Metritis, Adnextumoren, Dysmenorrhoe etc. Blutungen sollen günstig beeinflusst werden.)
98. Piket, J., Erystyptikum Roche, Therapie der Gegenwart. Nr. 12. (Bericht über günstige Erfahrungen mit dem Mittel bei gynäkologischen Blutungen.)

99. Prince, E. M., Die Lachgas-Sauerstoffnarkose. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 16. Nr. 6. (Auf Grund von 1500 Fällen hält Prince das Verfahren für die beste Narkose.)
100. Proudnikoff, J., Über die künstliche Sterilisation der Frauen mittelst Elektrokoagulation. Diss. Petersburg. Dez. 1912. Ref. La Gyn. p. 254. (An neun Frauen wurde auf galvanischem Wege die uterine Tubenmündung kauterisiert. Zwei Wochen nach dem Eingriff sind die Tubenmündungen verschlossen. Die Befunde wurden lange Zeit nachher an wegen Karzinom exstirpierten Uteri kontrolliert.)
101. Rase, R., Über Behandlung der Frauenkrankheiten im Bad Lubacovice. Casopis ceskych lekaruv. Nr. 27. (Kasuistik.)
102. Rawes, R. M., Die Behandlung der Sterilität mit Intrauterinstiften. Amer. Journ. of Obst. July. (Die Behandlung mit Intrauterinstiften gibt bei der Sterilität ebenso gute Resultate wie die Diszision, besonders bei Anteflexionen.)
103. Reber, K., Die Erfolge der Vakzinetherapie bei der Gonorrhoe. Diss. Bern 1912. (Reber spricht der Methode einen spezifisch diagnostischen Wert zu. Therapeutisch sollen sichere Erfolge bei gonorrhoischen Adnexerkrankungen zu verzeichnen sein. Misserfolge dagegen bei Urethritis, Cervicitis und Uterusgonorrhoe.)
104. Recasens, Organtherapie in der Gynäkologie. Deutsche med. Wochenschr. p. 1765. Internat. med. Kongr. London. (Bei Infantilismus, Dysmenorrhoe und Ovarialhyperplasie wurde Ovarienextrakt von an Myom operierten Frauen therapeutisch versucht. Die sterilen Extrakte wurden in Ampullen aufbewahrt. Auffallend war die blutdrucksteigernde Wirkung; über definitive Erfolge wird nichts berichtet.)
105. Reiter, Ergebnisse der Vakzinetherapie und Vakzinediagnostik. Deutsche med. Wochenschr. p. 2105. (Sammelreferat.) (Das Auftreten von Überempfindlichkeitserscheinungen wurde vereinzelt beobachtet. Die Applikation soll eine subkutane oder höchstens intramuskuläre sein. Die zur Anwendung kommende Vakzine wird im allgemeinen nach den Wrightschen Grundsätzen hergestellt. Es handelt sich um Suspensionen abgetöteter Bakterien, denen mehr oder weniger autolytische Produkte beigemengt sind. Ziemlich lange Haltbarkeit. Gegen Staphylokokkeninfektion (Furunkulose, Akne) wurde sie mit wechselndem Erfolge angewendet. Fortsetzung folgt.)
106. Reynolds, E., Theorie und Praxis bei der Behandlung der weiblichen Sterilität. Journ. af Amer. med. Assoc. p. 93. (Abgrenzung des männlichen und weiblichen Anteils bei der Sterilität. Erörterung der primären und sekundären Ursachen bei der Frau. Therapeutisch wird lokale und Allgemeinbehandlung in streng individualisierender Weise empfohlen.)
107. — Weiteres über die Sterilität beim Weibe. Journ. of Amer. Assoc. p. 1363. (Als Ursache der Sterilität werden angeführt funktionelle und anatomische Anomalien der Vagina, der Cervix, der Tube. Persistenz des Corpus luteum und andere ovariell Ursachen. Unter den Behandlungsmethoden spielt Organotherapie eine hervorragende Rolle.)
108. Richter, Zur Hydrotherapie in der Gynäkologie. Berl. klin. Wochenschr. p. 2429. (R. empfiehlt die Hydrotherapie, wo Operation und andere Massnahmen nicht zum Ziele führen, besonders bei nervösen und zirkulatorischen Störungen.)
109. Runge, E., Die Verwendung der Gonokokkenvakzine bei gonorrhoischen Frauenleiden. Berl. klin. Wochenschr. p. 1998. (Kurzes Sammelreferat. Der therapeutische Wert der Gonokokkenvakzine ist kein schlechter. Das Verfahren verlangt noch weitere Ausbildung. Bei akuten Prozessen versagt es ganz. Bei richtiger Applikation (subkutane Injektion) ist das Mittel absolut ungefährlich.)
110. Russel, Diathermie und Elektrokoagulation. Journ. of adr. Therap. Jan. (Beide Verfahren wirken in verschiedener Weise auf Tumorgewebe ein. Beschreibung von Instrumentarium und Technik.)
111. Schäfer, P., Über klinische Erfahrungen mit einem neuen Sedativum und Hypnoticum, dem Luminal. Berl. klin. Wochenschr. 1912. Nr. 23.
112. Schlimpert, H., Über Sakralanästhesie. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 16. Nr. 5. (Englische Übersetzung der bekannten Schlimpertschen Arbeit.)
113. — Über die Verwendung des Narkophins in der Gynäkologie. Münchn. med. Wochenschrift. 1912. Nr. 28.
114. Schreiber, E., Über Stillung innerer Blutungen durch intravenöse Traubenzuckerinjektionen. Ther. d. Gegenw. p. 195. (Intravenöse Injektion von 5—20%iger Traubenzucker- oder Rohrzuckerlösungen in Mengen bis zu 200 ccm wird zur Stillung innerer Blutungen empfohlen. Die Erklärung für die Wirkung liegt in der Heranziehung von gerinnungsfördernden Stoffen durch die Infusion.)

115. Sieber, H., Zur Skopolaminfrage. Zentralbl. f. Gyn. p. 496.
116. Skeel, R. E. Cleveland, Die Wahl des Anästhetikums für Operationen in der Bauch- und Beckenhöhle. Amer. Journ. of Obst. p. 104.
117. Slawyk, Unsere chemisch-pharmakologischen Kenntnisse vom Skopolamin. Diss. Freiburg 1912.
117a. Slonowsky, Zur Vakzinetherapie der gonorrhoischen Erkrankungen der weiblichen Genitalien. Wratsch. Gaz. Nr. 29. Sitzungsber. d. Vereins russ. Ärzte zu Odessa. (H. Jentter.)
118. Ssemenow, Klinische Beobachtungen über die Wirkung der Gonokokkenvakzine bei chronischer gonorrhoischer Arthritis. Russki Wratsch. Nr. 8. (Ssemenow sieht in der polyvalenten Vakzine ein spezifisches Mittel bei gonorrhoischer Arthritis. In einigen Fällen wird der Ausfluss aus den Genitalien während der Behandlung stärker. Die Gonokokken schwinden im Ausfluss nur in seltenen Fällen.) (H. Jentter.)
119. Stone, Konservative Behandlung der Salpingitis mit uteriner und tubarer Injektion. German. Amer. med. Assoc. March 1.
120. Stopfer, H., Praktisches Handbuch der Kinesiotherapie. Bd. 2: Gynäkologie bei Felix Ancel, Paris. (Lehrbuch der gynäkologischen Massage.)
121. Straub, W., Über die Gefährlichkeit der Kombination von Morphin mit allgemeiner Narkose und mit Schlafmitteln. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 33. (Morphin setzt schon die natürliche Reizbarkeit des Atemzentrums gegen die Kohlensäurespannung herab. Chloroform, welches gleichfalls das Atemzentrum lähmt, ist daher dabei gefährlicher als Äther.)
122. Suter, A., Über Mastisol in der Wundbehandlung. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte. 1912. Nr. 22.
123. Szénássy, Das Zuelzersche Peristaltikhormonal in der operativen Gynäkologie. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1040.
123a. Terebinskaja-Popowa, Vergleichende Bewertung von Vakzinotherapie und lokaler Behandlung bei weiblicher Genitalgonorrhoe. Diss. St. Petersburg 1912. (Schlusssätze: Die Vakzinotherapie führt keineswegs zum Verschwinden der Gonokokken, gibt also keine Heilung der Gonorrhoe. Die anatomischen Veränderungen an den Adnexen werden wenig gebessert. Affektionen der Schleimhäute, Urethra und Uterusmukosa inbegriffen, bleiben unbeeinflusst. Systematische intrauterine Applikation von Argentamin tötet den Gonococcus in allen Abschnitten des Genitalkanals, wobei auf alle sekundären Symptome ein günstiger Einfluss ausgeübt wird.) (H. Jentter.)
124. Tourneux und Ginesty, Pantoponinjektionen vor Operationen. Province méd. 11 Janv. (In Kombination mit Äthernarkose oder Lokalanästhesie sind gute Resultate erzielt worden.)
125. Trebing, Thigenol in der Frauenpraxis. Therap. d. Gegenw. Okt. 1912.
126. Waeber, P., Serumbehandlung der weiblichen Gonorrhoe. Schweiz. Korrespondenzbl. Nr. 25. (Bericht über sechs an der Baseler Frauenklinik mit Gonokokkenserum behandelte Kranke; die Erfolge sind nicht nennenswert.)
127. Walter, H., Synthetisches Hydrastinin-Bayer, ein Ersatz für Extr. Hydrastis canadensis fluidum. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 13.
128. Wayne Babcock, Spinalanästhesie in Gynäkologie, Geburtshilfe und Bakteriologie. Journ. of Amer. Assoc. p. 1358.
129. Weil, P. E., Die Behandlung der Genitalien beim Weibe mit Blutserum. La Gyn. p. 257.
130. Werner, P., und v. Zubrzycki, Über die Beeinflussung der Opsonine durch Elektrargol. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 11.
131. Willette, R., Die Heissluftbehandlung der Metritis. Gyn. Jahrg. 16. Nr. 10. (Bericht über neun Fälle von Metritis, welche erfolgreich mit heisser Luft behandelt wurden.)
132. Williams, P., Die Anwendung des Metranoikters bei der Behandlung der Dysmenorrhoe und Sterilität. Journ. of Amer. Assoc. (Empfehlung einer Modifikation des Schatzschen Metranoikters, der nach Dilatation und Abrasio für 24 Stunden eingelegt wird. Diese Dilatation muss oft mehrfach wiederholt werden. Ein Teil der behandelten 150 Fälle wurde günstig beeinflusst.)
133. Winokurow und Wainstein, Vakzinetherapie bei gonorrhoischer Vulvovaginitis im Kindesalter. Therap. Obosr. Nr. 6. (Es wurde das Parke-Davissche Präparat angewendet. Es kamen zur Behandlung 127 Fälle im Alter von 11 Monaten bis 14 Jahre. Die Anfangsdosis betrug 1—2 Millionen Kokken und überstieg niemals 5 Millionen.

In der Regel schwanden die Gonokokken nach 5—8 Injektionen, im allgemeinen nach 2—3 monatlicher Behandlung.) (H. Jentter.)

134. Wolff, P., Zur Catgutfrage. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 121. Heft 5 u. 6. (An mit Milzbrandsporen infizierten Catgutfäden wurden die verschiedenen Sterilisationsverfahren nachgeprüft. Alkoholische Lösungen dringen auch im siedenden Zustand nicht genügend ins Innere des Fadens ein. Besser sind die wässerigen Jodlösungen. Auch die Kuhnsche Methode, die trockene Sterilisierung bis 160°, ferner Kumoldesinfektion sind geeignete Verfahren.)

135. Zweifel, E., Über Lachgas-Sauerstoffnarkose. Vers. d. Naturf. u. Ärzte. Wien. (Bericht über 40 Fälle, darunter Abrasio mit Dilatation, Ausräumung von Abortus, Alexander-Adams, Kolpotomie, Forzeps und vaginaler Kaiserschnitt. Todesfälle dabei sind äusserst selten. In der ganzen Literatur nur 14 unter 3—4 Millionen Lachgasnarkosen. Ein Nachteil ist der hohe Preis und die ungenügende Entspannung der Bauchpresse bei grossen Operationen. Diskussion: Stiassny, Zangemeister, Schlimpert, Jaschke und Sellheim.)

B. Diagnostik.

1. Alperin, Reflektorische Schmerzempfindungen bei Druck auf den Plexus coeliacus bei entzündlichen Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane. Zentralbl. f. Gyn. p. 340.

1a. Angileiks, Das Schema der Bordet-Gengouschen Reaktion. Charkowsky Med. Journ. Juni. (H. Jentter.)

2. Armand de Lille, Die trockene Form der tuberkulösen Peritonitis. Presse méd. p. 397. (Beschreibung der Symptome, Erörterung der Differentialdiagnose.

3. Blumreich, L., Der gynäkologische Untersuchungskursus am natürlichen Phantom als Ergänzung und Ersatz der Untersuchungsübungen an der Lebenden. Mit 105 Abbildungen. Wiesbaden, Bergmanns Verlag.

4. Carson, H. W., Klinische Vorlesung über Zustände, welche Appendizitis vortäuschen können. Clin. Journ. Bd. 42. p. 90.

5. Clark, Natur und Behandlung der vasomotorischen und Trophoneurosen. Amer. Journ. of Obst. Nov. 1912.

6. Czerwinski, Bei irrtümlicher Diagnose einer Bauchschwangerschaft wurde ein Netztumor entfernt, der sich als entzündlich erwies, mit einer geringen Eitermenge in der Mitte und einer 4 cm langen Fischgräte. Przeglad Lekarski. Nr. 48. p. 641. (Polnisch.) (v. Neugebauer.)

7. Descomps, Pierre, Paul Descomps und Pierre Brousse, Die abdominalen Schmerzpunkte. Paris méd. Nr. 26. p. 613. Nr. 28. p. 37.

8. Descomps, Der epigastrische Schmerz bei Entzündung der Gebärmutter und Adnexen. Sem. Gyn. p. 133.

9. Finkelstein, Komplementbindung bei Gonorrhoe. Wratsch. Gaz. Nr. 24. Sitzungsber. des XII. Pirogowschen Kongresses. (H. Jentter.)

10. — und Gerschun, Zur Serodiagnose gonorrhoischer Erkrankungen. Russ. Journ. f. Haut- u. venerische Krankheiten. Nr. 3, 4. (128 Fälle. Von 52 akuten Fällen wurde positive Reaktion erhalten in 24 Fällen. Sechs Frauen von 15 gaben bei chronischer und subakuter Gonorrhoe positive Reaktion, positiv war die Reaktion in allen 36 chronischen Fällen mit Komplikationen. Verf. halten die Reaktion der Komplementbindung für streng spezifisch. Positives Resultat wurde von 62,5% bis 90% der Fälle erhalten.) (H. Jentter.)

11. Frischberg, Die diagnostische Bedeutung der Viskosität des Blutes bei chirurgischen Erkrankungen. Chirurgia. Nr. 197. (Eine diagnostische und prognostische Bedeutung hat die Bestimmung der Blutviskosität bei Erkrankungen des Bauchfells. Erhöhte Viskosität spricht für Erkrankung des ganzen Peritoneums, normale Viskosität für zirkumskripte Prozesse. Die höchste Viskosität wird bei allgemeiner eitriger Peritonitis beobachtet.) (H. Jentter.)

12. Fronstein, Über die modernen diagnostischen Methoden bei gonorrhoischen Erkrankungen. Med. Obosr. Nr. 3. (H. Jentter.)

13. Handley, Die Dreifingerfluktuation. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 17. Nr. 1. (Zur Fluktuationsprüfung werden der Zeigefinger der rechten Hand und der Zeige- und Mittelfinger der linken Hand in Form eines gleichseitigen Dreieckes auf die Geschwulst

gelegt. Nach Eindrücken des rechten Zigefingers bewegen sich die beiden Finger der linken Hand bei Vorhandensein von Fluktuation horizontal auseinander.)

14. Harris, C. H., Befürwortung grösserer Sorgfalt bei der Diagnose in Fällen von Bauchchirurgie. Texas State. Journ. of Med. p. 325.

15. Jacobs, Über das Blumreichsche Phantom. Revue de Gyn. p. 129. (Beschreibung mit Abbildungen. Anleitung zur Herstellung. Es wird für Unterrichtszwecke empfohlen.)

16. Jayle, Messungsstudien bei Frauen mit gynäkologischen Leiden. Revue de Gyn. 1912. Nr. 4.

17. Kouwer, Schwierige Diagnose eines Abdominaltumors. Ned. Tijdschr. v. Verl. en Gyn. 22. März. (Darmtumor, entfernt bei einer 50jährigen Frau. Der Tumor machte den Eindruck eines Genitaltumors, und bei der Laparotomie zeigte es sich, dass es ein Karzinom der Flexur war. Resektion der Flexur und des Dünndarms. Glatte Heilung.) (Mendes de Leon.)

18. Lapinsky, Latente Neuralgie des N. cruralis und ihre diagnostische Bedeutung bei Erkrankungen der Beckenorgane. Russki Wratsch Nr. 23. (Lapinsky betont die Seltenheit der Erkrankungen des N. cruralis und seiner Äste und behauptet, es gäbe eine Neuralgie desselben, welche lange Zeit latent bleiben und nur bei gewissen Erkrankungen der Beckenorgane deutlich zutage treten kann. So konnte er im ersten Falle, dessen Historia morbi in extenso wiedergegeben wird, eine Schmerzhaftigkeit der N. N. sapheni major, minor et infrapatellaris, der Plexus hypogastr. und solaris, sowie der Nn. cutanei cruris medialis und cutanei femoris lateralis konstatieren, wobei durch eingehende klinische Untersuchung sowohl Arthritis als Neuritis ausgeschlossen werden konnte. Als Ursache sieht Verf. die narbigen Veränderungen an, welche im Becken nach der vor vier Jahren stattgehabten Uterusexstirpation entstanden waren. Eine zweite Patientin litt jahrelang an neuralgischen Schmerzen derselben Nervenstämme, welche augenscheinlich mit der doppelseitigen Oophoritis in Zusammenhang standen. Nach monatelanger Thermotherapie schwanden alle Schmerzen; die Neuralgie wurde latent. Dieselbe Neuralgie der Nn. sapheni und infrapatellaris fand Verf. auch bei drei Männern, welche an Prostatitis und Cystitis litten. Er zeichnet in grossen Zügen das klinische Bild dieser äusserst mannigfachen Schmerzen und geht auf die Ätiologie derselben ein. In vielen Fällen sind Metritis, Endo-Perimetritis, Salpingitis, Perisalpingitis, Oophoritis, Kolpitis und Lageveränderungen der Gebärmutter Ursache der Neuralgien. Verf. hat 460 Fälle gesammelt; davon betrafen 413 Patienten weiblichen Geschlechts. Latente Neuralgie des Cruralis hatten 355, manifeste 105. Die Mehrzahl klagten über Obstipationen, viele hatten variköse Venenerweiterungen; alle behaupteten an harnsaurer Diathese zu leiden. Bezeichnend ist, dass meistens nur einige Zweige des Kruralis erkranken, während der Kruralis selbst, der Ischiadikus, Tibialis etc. unberührt bleiben. In allen Fällen kam intensive Schmerzhaftigkeit der sympathischen Bauchganglien zur Beobachtung. Systematische Thermotherapie bringt sowohl die Hyperästhesie dieser Ganglien, als auch die der Kruralisäste zum Schwinden. Die besten Resultate werden durch Wärmeapplikation erzielt, in Form eines Dampfsprays auf Leib, Kreuzgegend und Beine. Zu empfehlen ist auch heisse hydrostatische Massage, desgleichen Heissluftwannen auf Beine und Unterleib, sowie heisse Duschen auf Anus, Kreuz und Oberschenkel. In vielen Fällen hat Verf. tiefe Injektionen von Kochsalzlösung in den betreffenden Nerv resp. in seine Umgebung gemacht.) (H. Jentter.)

19. Slingenberg, Nierenzyste. Ned. Tijdschr. v. Verl. en Gyn. XXII. 3. (Slingenberg demonstriert eine Geschwulst, die unter der Diagnose Cystoma ovarii entfernt worden war bei einer 60jährigen Frau, und welche Geschwulst sich als eine gestielte Nierenzyste vom untersten Nierenpol erwies. Die Zyste enthielt Albumen, Ureum und Blut. Die Wand besteht aus Peritoneum, Fett- und fibrösem Gewebe mit Muskelfasern, rührt also her von der Tunica albuginea der Niere.) (Mendes de Leon).

20. Petermüller, F., Hoher Puls, ein Hinweis auf die bestehende Gefahr der Embolie. Der Frauenarzt. Heft 2.

21. Reed, C., Über Konstipation und Kopfschmerzen bei Frauen. Journ. of Amer. med. Assoc. 1912. August 3.

22. Renon, Über die Laparoskopie nach Jakobaeus. Ref. Brit. med. Journ. p. 950. (Die Methode besteht darin, dass das Nitzesche Kystoskop mit Hilfe eines starken Troikarts ins Abdomen oder in den Thorax eingeführt wird (unter Lokalanästhesie).

Das Kavum wird mit Luft oder Sauerstoff gefüllt, die Methode ist leicht und gefahrlos, und eignet sich zur Diagnose von Tumoren, Tbc. peritonei, Leberzirrhose u. dgl.)

23. Robl, Untersuchung der Beckenorgane in zweifelhaften Fällen durch eine vaginale Inzision. Cleveland med. Journ. April.

24. Romanow, Die Reaktion der Komplementbindung bei gonorrhoischen Erkrankungen. Charkowsky Med. Journ. Juni. (Die Komplementbindung wird am häufigsten bei metastatischen Komplikationen der Gonorrhoe erhalten (Arthritis, Epididymitis). Für die chronische Urethritis ist die Reaktion nicht charakteristisch, weil das Blut solcher Kranken meistens keine komplementbindende Körper enthält.) (H. Jentter.)

25. Rutherford Morison, On the Triple Syndrome in Abdominal Emergencies. Brit. med. Journ. Oct. 28. 1911.

25a. Sboromirsky, Die Bordet-Gengousche Reaktion bei Gonorrhoe. Nowoje w Med. Nr. 2. (Die Reaktion nach Bordet-Gengou mit Gonokokkenvakzine ist spezifisch. In unklaren, chronischen Fällen, bei tiefliegenden Affektionen, sonderlich bei Gonorrhoe des weiblichen Genitals, ist sie allein imstande, die richtige Diagnose zu sichern. Das negative Resultat in Fällen mit Gonorrhoe in weiter Vergangenheit hat gewisse Bedeutung für die Frage der Eheschliessung.) (H. Jentter.)

26. Schwartz, H. J., und Mc. A. Neil, Komplementbindungsreaktion bei der Diagnose gonorrhoische Infektionen. Amer. Journ. of Med. Sciences. Dec. 1912. p. 815. (Positive Reaktion findet statt bei Ergriffensein der Cervix. Wenn die Infektion sich auf Vagina, Urethra oder die Bartholinischen Drüsen beschränkt, ist die Reaktion oft negativ, ausser bei Abszessbildung. Bei wirklich bakteriologisch festgestellter gonorrhoischer Vulvovaginitis der Kinder war die Reaktion in 10 Fällen negativ. Die Autoren meinen, dass der Hauptwert der Reaktion bei zweifelhaften Entzündungen im Becken, besonders bei Cervixerkrankungen in der Schwangerschaft liege. Prophylaxe gegen Ophthalmoblennorrhoe der Kinder. Beschreibung der Technik und Angabe der Resultate in Tabellenform.)

27. Sippel, A., Über differentialdiagnostische Schwierigkeiten in der Gynäkologie. Deutsche med. Wochenschr. p. 263. (Die schwierige Abgrenzung von organischen Genitalerkrankungen gegenüber hysterischen Beschwerden gibt oft Anlass zu Fehldiagnosen. Fälle von Pyosalpinx, kleinen epigastrischen Hernien u. dgl. wurden lange als Neurosen behandelt. Am schwierigsten zu deuten dürften wohl die von den kranken Ovarien ausgehenden Beschwerden sein. Fälle von kleinen, noch nicht kirschgrossen hämorrhagischen Zysten im Stroma, Lageveränderung des Ovars mit venöser Stauung durch Abknickung des Stieles und Ödem werden oft mit hysterischer Ovarie verwechselt. Desgleichen viele andere schmerzhafte Zustände an Tuben, Uterus, Appendix, Colon sigmoideum und Parametritis posterior. Differentialdiagnostisch verwendet Sippel Untersuchungen in leichter oberflächlicher Narkose, so zwar, dass die psychogene Wirkung wegfallen kann, der Schmerzreflex aber erhalten bleibt. Mit ausführlicher Mitteilung zweier Fälle, in denen die diagnostische Schwierigkeit erst durch die Inspektion bei der Laparotomie behoben werden konnte. Sippel empfiehlt in solchen Fällen die Untersuchung in steiler Beckenhochlagerung und Narkose, wodurch bewegliche Geschwülste des Genitales aus dem kleinen Becken sich entfernen und so die Abgrenzung des Uterus und der Adnexe leichter ermöglichen.)

28. Smith, Der prognostische Wert der Leukozytenzählung bei eitrigen Prozessen im Becken. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 16. Nr. 4.

29. De Snoo, Darmtumor. Ned. Tijdschr. v. Verl. en Gyn. 22. März. (Fall von Darmtumor mit ungewohnter Symptomatologie, ein Karzinom der Flexura, an die Cervix fixiert, das durch starken Meteorismus Urinretention verursachte und Ileussymptome. Exstirpation des Uterus mit Flexura und Rektum. Geheilt mit Rektovaginalfistel.) (Mendes de Leon.)

30. Stolz, M., Die vaginale Untersuchung der Kinder. Zentralbl. f. Gyn. p. 1534. (Mit Saengerschen Dilatatoren und eigens angefertigten Röhrenspiegeln im Durchmesser von 6—14 mm wurde bei einem zwölf- und einem vierjährigen Mädchen Vagina und Portio ohne Verletzung des Hymens der Inspektion zugänglich gemacht. Im ersten Falle konnte auf diese Weise eine ins rechte Parametrium führende Abszessöffnung entdeckt und behandelt werden, im zweiten Falle wurde nach Konstatierung eines normalen äusseren Befundes menstruatio praecox diagnostiziert.)

31. Waldstein und Ekler, Der Nachweis resorbierten Spermas im weiblichen Organismus. Wiener klin. Wochenschr. p. 1689. (Es gelang den Autoren bei weiblichen Kaninchen

post cohabitationem hodenabbauende Fermente im Serum nachzuweisen. Die Reaktion soll während der ganzen Schwangerschaftszeit anhalten. Die Autoren schliessen daraus auf eine substantielle Veränderung des weiblichen Organismus. Das Verfahren könnte vielleicht gerichtsärztlich Bedeutung erlangen.)

32. Webster, T. A., Die Bestimmung des Kalkgehaltes des Blutes nach W. Blair Bells Methode. Zeitschr. f. Geb. Bd. 73.
33. Weitz, G. J., Unterleibsschmerzen. Journ. of the Missoury State med. Assoc. Vol. 9. p. 406.

C. Zusammenhang mit der übrigen Pathologie.

1. Alperin, Reflektorische Schmerzen, welche erzeugt werden durch Druck auf den Plexus coeliacus bei entzündlichen Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane. Journ. akusch. i shensk. bolesn. April. (Vor jeder Untersuchung (äusserer und innerer) wird mit einem Finger ein konstanter Druck auf den Plexus coeliacus ausgeübt. Klagt die Patientin über Irradiierung des Schmerzes in die Herzgrube, so handelt es sich um Entzündung der Uterusmukosa. Irradiiert der Schmerz nach unten, dem Mons veneris zu, so ist Perimetritis zu erwarten; in die Leistengegend — Adnexitis; tief nach hinten, ins Kreuz — Metritis oder Blusttauung in der Gebärmutter. Ist endlich der Schmerz nur unter dem Finger lokalisiert, so können entzündliche Erkrankungen der Genitalien ausgeschlossen werden. Diese Beobachtungen prüfte Verf. an 309 Patienten nach. Nur in 37 Fällen stimmte der Befund mit dem gegebenen Schema nicht überein. Tabellarische Übersicht über die Fälle.) (H. Jentter.)
2. Blair Bell, Über die Genitalfunktionen der Drüsen ohne Ausführungsgang beim Weibe. Lancet. p. 809, p. 937, p. 1467. (Besprechung der inneren Sekretion des Ovariums. Einfluss der Kastration auf Schilddrüse, Thymus, Zirbeldrüse, Nebenniere im Tierexperiment und in der menschlichen Pathologie.) Brit. med. Journ. p. 707. p. 1274. Die Entwickelung des Genitales ist abhängig von allen innersekretorischen Drüsen, einzeln und in ihrer Gesamtheit. Entfernung einer Blutdrüse verursacht Störungen in den übrigen. Beziehungen der Schilddrüse zum Genitalsystem, Einfluss der Thyreoidektomie auf den allgemeinen Stoffwechsel, auf Uterus und Ovarien. Klinische Beobachtungen über Genitalsymptome bei Schilddrüseninsuffizienz. Beziehung der Zirbeldrüse zum Genitale. Hypophysis und Genitale. Thymus, Nebenniere werden gleichfalls besprochen. Blair Bell zieht aus seinen Ausführungen den Schluss, dass man nicht, wie bisher sagen sollte, propter ovarium solum mulier est quod est, sondern propter secretiones internas totas mulier est quod est.)
3. Bossi, L. M., Eierstocks-Uteruskrankheiten und Psychopathien. Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. 18. p. 136. Der Frauenarzt. p. 7. (Bossi weist auf das überaus häufige Vorkommen von Genitalleiden bei weiblichen Geisteskranken hin und tritt für gynäkologische Untersuchung und Behandlung der Geisteskranken überhaupt ein. Besonders infektiöse und toxämische Erkrankungen der Genitalien lösen Psychopathien aus. Oft sind letztere nur reflektorisch und zwar auch von anderen Organen aus bedingt. Die häufigsten Fälle von Psychopathie trifft man bei chronischer Endometritis mit langsamem Verlauf. Stauung von Eiter und anderen toxischen Produkten in der Uterushöhle infolge von Knickungen des Uterus oder in den Fällen, bei denen sich Amenorrhoe selbst mit Endometritis verbindet. Die Art der Psychose ist nicht abhängig von der speziellen Art des gynäkologischen Leidens, indem ein und dieselbe Genitalerkrankung in verschiedenen Fällen Melancholie, Überreizung, Verfolgungswahn, Wutausbrüche, Neigung zum Selbstmord, Verbrechen etc. auslösen kann. Bossi fordert die Zuziehung von gynäkologischen Spezialisten in den Irrenanstalten.)
4. — Meine Ansichten über die reflektorischen Psychopathien und die Notwendigkeit der Verbesserung des Irrenwesens. Wiener klin. Wochenschr. 1912. Nr. 47.
5. Bromwell, Branch, Gynäkologische Störungen im Gefolge von Allgemeinerkrankungen. Amer. Journ. of Obst. p. 678. (Manche gynäkologischen Störungen sind bloss Symptome von allgemeinen und Stoffwechselstörungen. Blutdrüsenerkrankungen verursachen oft menstruelle Störungen. Amenorrhoe und Dysmenorrhoe sind mit Organextrakten und Kalziumsalzen öfters erfolgreich behandelt worden.)
6. Bumke, O., Gynäkologie und Psychiatrie. Med. Klin. Nr. 30. (Beziehungen zwischen Genitalleiden und Hirnerkrankungen sind schon lange bekannt. Sie führten u. a. zu der bereits in Vergessenheit geratenen Kastration bei Neurosen. Ähnliche Gedankengänge hat Bossi jetzt wieder aufgegriffen, aber unter Verquickung von Toxin-

und Reflextheorie mit Unrecht aus dem gleichzeitigen Vorkommen von Genitalleiden und Neurosen auf einen jedesmaligen kausalen Zusammenhang geschlossen. Die suggestive Wirkung sowie spontane Heilungen wurden dabei ganz ausser acht gelassen, ebenso, dass innersekretorische Wirkungen von seiten des Ovariums viel mehr im Spiele sind als Uteruserkrankungen.)

11. Busse, Gynäkologische Untersuchungen und Operationen bei Psychosen. Münchn. med. Wochenschr. p. 2863. (Anomalien im Bereich des Genitales kommen sehr häufig vor. Am häufigsten Lageveränderungen des Uterus (45%). Ferner Entzündungen und Geschwülste. Sehr häufig ist Hypoplasie des Genitales. Operiert wurden meistens die Lageveränderungen des Uterus. Manchmal wurde auch kastriert, und zwar bei Dementia praecox, wenn die Abderhaldensche Reaktion auf Keimdrüsensubstanz positiv war.)

12. Chrustalew, Pathologisch-anatomische Veränderungen einiger innerer Organe bei Morbus Basedowii. Russki Wratsch. Nr. 1. (Chrustalew untersuchte unter anderen Organen auch die Ovarien von sechs an Morbus Basedowii gestorbenen Frauen. Primärfollikel sind selten; die Mehrzahl atrophiert zu Beginn der Entwickelung: entweder werden sie vom Stroma überwuchert und ersticken, oder sie sterben ab, ohne resorbiert zu werden und bleiben als Körper von konzentrischem Bau zurück (grosse Ähnlichkeit mit den Corpora amylacea der Vorsteherdrüse). Wachsende Follikel mit mehrschichtigem Epithel, jedoch ohne Kavum, kommen kaum zur Beobachtung. Die reifen Follikel weisen Symptome der Rückbildung auf: die Membrana granulosa löst sich von der Theka ab, ihre Zellen lösen sich im Liquor folliculi auf, von der Theka aus wuchert Bindegewebe, das Ei schrumpft zusammen, und es bleibt endlich nur noch die Zona pellucida nach. Andererseits kommen auch gelbe Körper vor, wenn auch sehr alte, fibrös und hyalin degenerierte. Die Gefässe beider Schichten des Eierstockes sind sehr stark entwickelt. In den Ovarien werden also Rückbildung der spezifischen Elemente und stark ausgeprägte Hyperämie beobachtet. In der Gebärmutter wurde in allen sechs Fällen Verdickung und starke hyaline Degeneration der Gefässwandungen, deswegen Verengerung des Lumens gefunden. Im Uterusgewebe Vermehrung der bindegewebigen Fasern auf Kosten der Muskelelemente. Das Endometrium weist stellenweise Zeichen chronischer Entzündung auf. Die Drüsen sind teils atrophisch, teils zystisch degeneriert.) (H. Jentter.)

13. Coe, H. C., Gynäkologische und geburtshilfliche Operationen mit Komplikationen von akuter und chronischer Endokarditis. Amer. Journ. of Obst. p. 301.

14. Calorni, Glykosurie und Diabetes vom geburtshilflichen und gynäkologischen Standpunkt aus. Lucina. p. 69.

15. Dabney, Beziehungen der Genitalien zu Ohr, Nase und Hals. New-York med. Journ. 15. März.

16. Doktor, Sándor, Az I. K. a nögyógyászatban. Budapesti Orvosi Ujság. Nr. 50. (Seit $1^1/_2$ Jahren benutzt Doktor in Fällen, wo neben geringfügigen Veränderungen der Genitalien schwere Störungen des Allgemeinbefindens, wie Kopfschmerzen, Schwindel, Herzklopfen, Schlaflosigkeit, Abmagerung, Darmstörungen, Dysmenorrhoe, spärliche und verspätete Menses zu beobachten sind, das Spenglersche Präparat „I. K." und sah davon geradezu überraschende Erfolge. Das Mittel soll unter genauer Kontrolle der Kranken ganz individuell dosiert in der Regel subkutan gegeben, eventuell später auch perkutan fortgesetzt werden. Nicht nur bei den sogenannten Intoxikationserscheinungen nach Hollos, sondern auch in vielen Fällen von Endometritis, Erosionen und Adnexerkrankungen war der Erfolg so prompt, wie bei keiner anderen Behandlungsmethode.) (Temesváry.)

17. Fraenkel, L., Vasomotorische Phänomene am Kopf durch Extrakte innerer Drüsen. 15. Versamml. d. deutsch. Ges. f. Gyn. Halle.

18. v. Frankl-Hochwart, v. Noorden und v. Strümpell, Die Erkrankungen des weiblichen Genitales in Beziehung zur inneren Medizin. Bd. 1. Von A. Blau, R. T. Jaschke, Fr. Kermauner, L. Knapp, V. Kroph, P. Mathes, A. Mayer, M. Neu, G. Novak, A. Payer, F. Pineles, G. Schottländer, M. Stolz, G. A. Wagner. Wien und Leipzig 1912, Hölder. (Das als Fortsetzung des Nothnagelschen Handbuches der „Speziellen Pathologie und Therapie" gedachte Werk legt die Zusammenhänge zwischen Gynäkologie und interner Medizin dar. Jaschke behandelt den Herz- und Gefässapparat, wobei der Herzfehler — Thrombose und Embolie — sowie die Frage der Eheschliessung herzkranker Frauen von besonderem

Interesse sind. Kermauner behandelt den Harnapparat und den Respirationstrakt, mit besonderer Berücksichtigung der Tuberkulose. Knapp bespricht die Knochen- und Gelenkserkrankungen. Das modernste Kapitel hatte Novak zu bearbeiten, nämlich: „Die Bedeutung des weiblichen Genitales für den Gesamtorganismus und die Wechselbeziehungen seiner innersekretorischen Elemente zu den übrigen Blutdrüsen". Der erste Teil der Arbeit ist der Physiologie des weiblichen Genitales gewidmet. Sekundäre Geschlechtscharaktere, Pubertät, Menstruation, Gravidität, Laktation, Klimakterium und Senium werden auf Grund der neuesten Literatur und zahlreicher eigener Erfahrungen besprochen. Der zweite Teil behandelt die innere Sekretion des weiblichen Genitales. Im dritten Abschnitt werden die mannigfachen Wechselbeziehungen der Keimdrüsen zu den übrigen Drüsen mit innerer Sekretion eingehend geschildert, wobei der Autor gleichfalls über zahlreiche eigene klinische und experimentelle Beobachtungen verfügt. Den Schluss dieser Monographie bildet ein Abschnitt über die Konstitutionsanomalien beim Weibe. Blau liefert einen Beitrag über die Beziehungen des weiblichen Genitales zur Leber, G. A. Wagner bespricht den Digestionstrakt in seinem Zusammenhang mit der Gynäkologie. Von A. Payer stammt die Bearbeitung der Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe. Ein dem reichen Inhalt voll gerecht werdendes Referat ist bei der grossen Fülle der mitgeteilten Tatsachen nicht möglich.)

19. — — — Die Erkrankungen des weiblichen Genitales in Beziehung zur inneren Medizin. Bd. 2. Wien und Leipzig, A. Hölder. (Stolz berichtet über den Einfluss der akuten Infektionskrankheiten auf die weiblichen Geschlechtsorgane. Neu über Schwangerschaftstoxikosen. Letztere werden in typisch eklamptische und atypisch aneklamptische eingeteilt. A. Mayer schreibt über die Beziehungen der septischen Erkrankungen des weiblichen Genitales zur inneren Medizin. Mathes über asthenische Enteroptose im Sinne seiner im Archiv für Gynäkologie erschienenen bekannten Monographie. Kroph behandelt die Erkrankungen der Haut und deren Beziehungen zu den Geschlechtsorganen des Weibes. Schottländer, die von den Genitalorganen des Weibes ausgehenden metastatischen Geschwülste in den übrigen Körperorganen, sowie über die metastatischen Geschwülste in den weiblichen Geschlechtsorganen. Den Schluss des Bandes bildet ein von F. Pineles verfasstes Kapitel: Weiblicher Geschlechtsapparat und Nervensystem. Anatomie und Physiologie, Erkrankungen der peripheren Muskeln, die Erkrankungen des Rückenmarks, des Gehirns und die Lehre von den Neurosen werden in anschaulicher Form abgehandelt.)

20. Friedel, Gynäkologische Untersuchungen und Operationen bei Psychosen. Münchn. med. Wochenschr. p. 2863. (Bericht über 20 Fälle aus der Rodaer Irrenanstalt. Kastration bei Hysterischen hatte keinen Erfolg. Bei Imbezillität wurde Sterilisierung vorgenommen, um Schwängerung zu verhüten. Ein Fall von Epilepsie wurde durch Ausräumung eines Abortes gebessert. Beim zirkulären Irresein hat die operative Therapie keine Bedeutung. Bei Dementia praecox wurde Kastration vorgenommen, und zwar 1. bei wiederholten Wochenbetten, 2. bei Kranken mit periodischen Erregungszuständen. Die Erfolge sind noch nicht spruchreif.)

21. Gogoberidse, Zur Frage über die Veränderungen der weiblichen Genitalsphäre bei Diabetes. Wratsch. Gaz. Nr. 43. Sitzungsber. d. Ges. russ. Ärzte zu Odessa. (Versuche an elf Kaninchen und einem Hunde. Die Tiere bekamen im Laufe von 31—213 Tagen 7,5 resp. 5,0 Zucker täglich. Bisweilen wurde im Urin Zucker gefunden, aber nie mehr als 0,6%. Gewichtsabnahme wurde nicht beobachtet; das Versuchstier, welches 213 Tage unter Beobachtung stand, nahm sogar zu. Alle Kaninchen wurden trächtig. Die Hündin wies erst nach einem Monat Zucker auf, sie wurde trächtig und warf vier Junge. Es atrophierten weder Uterus, noch Ovarien.) (H. Jentter.)

22. v. Graff und Novak, Basedowsche Krankheit und Genitale. 15. Versamml. d. deutsch. Ges. f. Gyn. Halle.

23. Green, R. M., Die Rolle der Eingeweidesenkung in der Gynäkologie. Boston. Med. and Surg. p. 12.

24. Hart, C., Konstitution und Krankheit (mit besonderer Berücksichtigung des weiblichen Genitalapparates). Zeitschr. f. Geb. Bd. 74.

25. Hegler, E. Fraenkel, Schumm, Zur Lehre von der Haematoporphyria congenita. Deutsche med. Wochenschr. p. 842. (Krankengeschichte eines 32jährigen Mädchens, das an progressiver Phthise und Amyloidose gestorben war. Es hatte ausser einem grossen Vollbart ausgebreitete Hautpigmentationen und rotbraune Färbung aller

Knochen und Zahnwurzeln. Der Harn soll lange Zeit hindurch dunkelfarben gewesen sein. Das Pigment soll durch Zerfall der Blutzellen entstanden sein.)

26. v. Hertzen, V., Über Parotitis nach operativen Eingriffen in der Bauchhöhle, insbesondere an den weiblichen Generationsorganen. Mitteil. a. d. gyn. Klinik zu Helsingsfors des Prof. O. Engström. Bd. 10. Heft 5. (Nach einem kurzen geschichtlichen Überblick berichtet Hertzen über 12 seit dem Jahre 1895 in der Engströmschen Klinik beobachtete Fälle von Parotitis. Er teilt sie in die metastatische und aszendierende Form ein, letztere Form ist die weitaus häufigere. Als prädisponierende Momente werden Kachexie, Flüssigkeitsmangel, die Schädigung durch allzu intensive Vorbereitung zur Operation und durch die Operation selbst genannt. Die Prognose ist wegen des meist schlechten Allgemeinzustandes ungünstig. Therapeutisch wird konservativ vorgegangen, nur bei deutlicher Abszessbildung wird inzidiert. Eine ätiologische Bedeutung kommt den Genitalerkrankungen speziell nicht zu, denn die an und für sich sehr seltene postoperative Parotitis kommt ebenso oft bei andersartigen Laparotomien wie bei gynäkologischen Operationen vor.)

27. Herz, Max, Kropfherz, Myomherz und Klimakterium. Wiener med. Wochenschr. p. 1356. (Wenn eine Frau über Herzbeschwerden und unregelmässige Blutungen klagt, muss an Myom gedacht werden. Symptome von seiten des Herzens sind Herzklopfen, Atembeschwerden bei körperlichen Anstrengungen, im weiteren Verlauf der Krankheit Verbreiterung der Herzdämpfung, Blutdrucksteigerung, irregulärer und inäqualer Puls, kurz das Bild einer rasch fortschreitenden Myodegeneration. Therapeutisch wird die möglichst rasche Entfernung des Myoms gefordert, um die damit verbundene innersekretorische Störung zu beseitigen. Die Gefahr der Operation kann durch die Röntgentherapie umgangen werden. Die diesbezüglichen Erfolge sind gute. Die anatomischen Herzveränderungen gehen dabei natürlich nicht zurück, aber es wird Schwinden der Ödeme und Zunahme der körperlichen Leistungsfähigkeit trotz Fortbestehens der Pulsirregularität beobachtet. Es stellt also das künstliche Klimakterium einen heilbringenden Faktor dar, dagegen beobachtet man im natürlichen Klimakterium häufig Angina pectoris-ähnliche Beschwerden, welche sich teils durch eine sexuelle Neurose, teils durch eine beginnende Aortensklerose erklären lassen. Die Prognose der Herzaffektion ist günstiger als beim Manne. Therapeutisch sind Ovarialpräparate unverlässlich. Die funktionellen Beschwerden verschwinden von selbst nach überstandenem Klimakterium, in der Zwischenzeit roborierende Behandlung.)

28. Höser, E., Über die Hypophysis in ihren Beziehungen zum weiblichen Geschlechtsorgan. Diss. Erlangen. Juli bis Dezember 1912.

29. Horvath, Mèhály, Kisérletek vérjavitókkal nöbetegeknél. Orvosi Hetilap. Nr. 15. (Bericht über die Blutuntersuchungen bei 50 infolge Frauenleiden anämischen Frauen vor und nach der Behandlung mit Fersan, Atoxyl, Dürkheimer Wasser oder der Kombination dieser Mittel. Es war fast immer ein ansehnliches Zunehmen der roten Blutkörperchen und des Hämoglobins zu verzeichnen.) (Temesváry.)

30. Hornowski, J., Chloroformtod und die Drüsen mit innerer Sekretion. Lwowski Tygodnik Lekarski. Nr. 7 ff. (Polnisch.) (v. Neugebauer.)

31. Jessup, Erkrankung des Uterus bei Hodgkinscher Krankheit. Proc. New York. pathol. Soc. Vol. 12. Nr. 1 u. 2.

32. Kalledey, Lajos, Akromegalia utáni terhesség. Orvosi Hetilap. Nr. 30. (Die Akromegalie ist als die Folge einer Hyperfunktion der Hypophysis anzusehen; darum gab Kalledey einer 32jährigen Nullipara mit ausgesprochener Akromegalie Ovarienextrakt erst intravenös, später per os. Die Leiden der Frau wichen allmählich und nach etwa drei Monaten trat sogar Schwangerschaft ein.) (Temesváry.)

33. Katahira, S., Über den Zusammenhang der Menstruation und Psychose oder die Menstruationspsychose. Diss. München. Dez.

34. Koblanck und Roeder, Tierversuche über Beeinflussung des Sexualsystems durch nasale Eingriffe. Berliner klin. Wochenschr. 1912. Nr. 40. 84. Versamml. d. Naturf. u. Ärzte. 1912. (Beziehungen der unteren Nasenmuschel zum Genitalsystem. Die Autoren haben bei jüngeren Hunden und Kaninchen die Nasenmuscheln exstirpiert. Ein grosser Teil der Tiere erlag dem Eingriff. Die am Leben gebliebenen wurden nach erlangter Geschlechtsreife getötet. Die Genitalentwickelung wurde im Vergleich zu Kontrolltieren desselben Wurfes stark gehemmt, besonders deutlich an den Uterushörnern. Die operierten weiblichen Tiere nahmen den Bock nicht an. Die Autoren denken an eine klinische Verwertung der Versuchsergebnisse für die nasale Behandlung.)

36. König und Linzenmeier, Über die Bedeutung gynäkologischer Erkrankungen und den Wert ihrer Heilung bei Psychosen. Arch. f. Psych. Bd. 51. (Die Autoren wenden sich gegen die übertriebene Auffassung Bossis von der Bedeutung gynäkologischer Leiden für die Entstehung von Psychosen. Wie weit die innere Sekretion der Ovarien mit Psychosen zusammenhängt, ist noch unbekannt. Sonstige Beweise, dass Psychosen durch Genitalerkrankungen verursacht werden, sind nicht erbracht. Genitalleiden können höchstens als auslösende Momente bei neuropathisch veranlagten Individuen betrachtet werden. Gynäkologische Therapie soll daher nur bei dringender lokaler Indikation einsetzen.)

37. König, Über gynäkologische Behandlung geisteskranker Frauen. Med. Ges. in Kiel. 30. Jan. Ref. Berl. klin. Wochenschr. p. 468. (König hat zusammen mit Linzenmeyer 158 funktionelle Psychosen untersucht. In 56 Fällen lag eine gynäkologische Erkrankung vor, davon wurden 38 Fälle teils konservativ, teils operativ behandelt. Irgend ein Erfolg für die Heilung der Psychose war nicht zu sehen. König führt aus, dass es sich in den Fällen von Bossi fast nur um hysterische Neuropsychosen und bloss in fünf Fällen um echte Psychosen gehandelt hat.)

38. Kolde, Veränderungen der Nebennieren bei Schwangerschaft und Kastration. Arch. f. Gyn. Bd. 99. (Bestätigung und Erweiterung der Befunde früherer Autoren, welche ebenfalls Verbreiterungen der Nebennierenrinde und charakteristische histologische Veränderungen bei Schwangerschaft und nach Kastration gefunden haben.)

39. Kroemer, Beziehungen des Processus vermiformis zu den weiblichen Genitalien. Berl. klin. Wochenschr. p. 2434. (Demonstration von Lichtbildern. 1. Kontaktinfektion, die von der Appendix auf die Adnexe übergeht und umgekehrt. Besonders in der Schwangerschaft und im Wochenbett ist diese Komplikation zu fürchten. Kroemer spricht sich für die Frühoperation aus. 2. Tuberkulose der Appendix. 3. Karzinominvasion in die Appendix vom Uterus und Ovarium aus.)

40. Kubinyi, v., Akute Miliartuberkulose, erfolgt aus einer Genitaltuberkulose. Zentralbl. f. Gyn. p. 1200.

41. Lampé, A. E., Basedowsche Krankheit und Genitale. Untersuchungen mit Hilfe des Abderhaldenschen Dialysierverfahrens. Monatsschr. f. Geb. Bd. 38. p. 45. 15. Versamml. d. deutsch. Ges. f. Gyn. Halle. (Lampé fand in 25 Fällen bei Basedowkranken Abbau von Basedowschilddrüse, meist auch von Thymusgewebe und Ovarien, und schliesst daraus, dass nicht nur die Schilddrüse, sondern auch Thymus und Ovarien in ihrer Funktion gestört sind.)

43. — Die Bedeutung der Thymusdrüse für den Organismus. Fortschr. d. naturwissensch. Forschung. Bd. 9. (Geschichtliche Einleitung, Phylogenese, Ontogenese, deskriptive und topographische Anatomie der Thymus. Ihre Involution beim Erwachsenen. Physiologie der Thymusdrüse: Die experimentelle Totalexstirpation des vollentwickelten Organs ruft spezifische pathologische Erscheinungen hervor und hat schliesslich den Tod zur Folge. Vergl. die Arbeiten von Basch, Ranzi und Tandler, Klose und Vogt. Technik der Thymusausschaltung beim Hunde. Nach einem Stadium der Latenz entwickelt sich bei jungen Hunden nach der Thymusexstirpation das Stadium der Fettsucht. Später Körper- und Knochenschwäche. Gegen Ende des ersten Lebensjahres werden die Tiere kachektisch; sie verblöden und gehen schliesslich im Koma zugrunde. Das Skelett zeigt Zurückbleiben im Längenwachstum und Kalkarmut. Die Ossifikation ist gestört und verzögert. Das Krankheitsbild ähnelt der Rachitis mit Osteomalacie und Osteoporose. Die elektrische Erregbarkeit der Nerven ist erhöht. Eine blutbildende Fähigkeit wird der Thymus abgesprochen, doch hat sie als innersekretorische Drüse Einfluss auf den Zustand des Blutes. Hypersekretion der Thymus ruft Lymphozytose hervor. Interessant sind die Beziehungen zwischen Thymus und Geschlechtsorganen. Nach Kastration wird Vergrösserung und Persistenz der Thymus beschrieben. Nach Thymektomie Vergrösserung der Hoden bei Hunden und Meerschweinchen beobachtet. Es besteht demnach eine Art Antagonismus zwischen Keimdrüsen und Thymus. Beim Menschen erzeugt Hypoplasie und Aplasie der Thymus eine Art von Kachexie mit rachitisähnlichen Knochenveränderungen. Hyperplasie der Thymus (Status thymolymphaticus). Eine stark vergrösserte Thymus kann Tracheostenose und dadurch Erstickung herbeiführen. Bei der Basedowschen Krankheit ist häufig nicht nur die Schilddrüse, sondern auch die Thymus erkrankt. Die operative Beseitigung der hyperplastischen und erkrankten Thymusdrüse wurde bereits in einer Anzahl von Fällen mit Erfolg durchgeführt.)

44. Lapeyre, Chronische Appendizitis und zystische Degeneration der Ovarien. Arch. mens. d'Obst. Mars.
45. Lapinsky, Zur Frage über die Entstehung des Schmerzes in den einzelnen Metameren des Körpers bei Erkrankungen der Beckenorgane. Russki Wratsch. Nr. 42, 43, 44. (Lapinsky erklärt die Schmerzen in den peripheren Nerven der unteren Extremitäten bei Erkrankungen der Beckenorgane dadurch, dass die Gewebe, aus denen sowohl die Beine als auch die Organe des Beckens bestehen, im embryonalen Leben dem gleichen Metamer angehörten. In der Folge bleiben sie, trotz Differenzierung, doch Teile desselben Metameren, so dass Erkrankungen bestimmter Organe Zirkulationsstörungen im ganzen Metamer bedingen können, welch letztere ihrerseits Schmerzen auslösen. Es ist nicht unbedingt notwendig, dass die Schmerzen in dem Kruralis und seinen Ästen entstehen; sie können auch in anderen Körperteilen, z. B. an Hals, Gesicht usw., lokalisiert sein. Der Kruralis erkrankt unter solchen Bedingungen häufig; die Affektion wird aber häufig übersehen, weil sie latent verläuft. Derartige Erkrankungen fand Verf. in 460 Fällen. Nicht alle Äste des Kruralis waren druckempfindlich, sondern hauptsächlich der grosse und kleine subkutane Nerv, Nervus infrapatellaris und medianus cruris. Diese Äste gehören dem vierten Lendenmetamer an. Zu diesem Metamer gehören auch der Obturatorius externus und Cutaneus femoris lateralis, welche gleichfalls häufig auf Druck reagieren. Bei diesen Kranken also erkrankt eben der dem vierten Metamer zugehörige Splanchnomer des kleinen Beckens. Der Stamm des Kruralis selbst und die perforierenden Nerven erwiesen sich als nicht druckempfindlich, weil sie dem ersten und zweiten Lendenmetamer entsprachen und ihre Splanchnomere des kleinen Beckens gesund waren.) (H. Jentter.)
46. Macnaughton-Jones, Beziehungen zwischen Pubertät, Menopause und Neurasthenie. Lancet. p. 879.
47. Mayer, A., Die Lehre Bossis und die Gynäkologie. Wiener klin. Wochenschr. p. 499. (Kritik des übertriebenen Standpunktes von Bossi, dass nicht weniger als die Hälfte der Selbstmorde der Frauen gynäkologischen Ursprungs und hauptsächlich durch Endometritis und Retroflexio bedingt sei, und dass man durch einfache Behandlungsmethoden am Uterus selbst schwere psychische Störungen bei Frauen verhüten und heilen könnte.)
48. Meyer, E., Zur Frage des künstlichen Abortes bei psychischen Störungen. Münchn. med. Wochenschr. 1912. Nr. 51.
49. Mohr, L., Über die innere Sekretion der Speicheldrüsen und ihre Beziehungen zu den Genitalorganen. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 74. 15. Versamml. d. deutsch. Ges. f. organen. (Es wird auf das gleichzeitige Vorkommen von Entzündungen der Parotis und der Keimdrüsen hingewiesen. Auch an allgemeinen Blutdrüsenerkrankungen sind die Speicheldrüsen oft beteiligt. Hierher gehört auch die Mikuliczsche Krankheit.)
51. Montuoro, F., Die Wandermilz in ihren Beziehungen zur Geburtshilfe und Gynäkologie. Zeitschr. f. Geb. Bd. 73.
52. Moore, J. E., Wo soll die Grenzlinie zwischen Medizin und Chirurgie in Grenzgebietsfällen gezogen werden. Transactions of the Southern Surgerie and Gyn. Ass. Vol. 24. 1912. p. 61.
53. Müller, A., Über die Beziehungen der Appendicitis chronica zu den weiblichen Beckenorganen. Münchn. med. Wochenschr. 1912. Nr. 52.
54. Müllerheim, R., Diagnostische Schwierigkeiten bei Abdominaltumoren. Zeitschr. f. Geb. Bd. 74.
55. Novak, J., Nebenniere und Genitale. Versamml. d. deutsch. Ges. f. Gyn. Halle. [Novak hat Versuche an 146 Ratten ausgeführt, um den Einfluss des Nebennierenausfalls auf das Genitale festzustellen. Da die Ratten über akzessorisches Nebennierengewebe verfügen, so handelt es sich bei ihnen um keinen vollständigen Ausfall der Nebennierenfunktion, sondern um eine Hypofunktion, welche in den meisten Fällen nach kürzerer oder längerer Zeit zum Tode führt. Die der Nebennieren beraubten Ratten zeigen eine mangelhafte Entwickelung des Genitales gegenüber den Kontrolltieren des gleichen Wurfes. Sie ist um so deutlicher ausgesprochen, je jünger das Tier ist. Die Potenz und die Konzeptionsfähigkeit nebennierenloser Tiere ist stark herabgesetzt. Bei zwei schwangeren Ratten hatte die Nebennierenexstirpation keine Unterbrechung der Schwangerschaft zur Folge.)
56. — Über den Einfluss der Nebennierenausschaltung auf das Genitale. Arch. f. Gyn. Bd. 100. p. 36. (Die Nebennierenexstirpation ruft bei Ratten eine Hypoplasie bzw.

Atrophie des Genitales hervor, die um so stärker ausgesprochen ist, je jünger das Tier zur Zeit der Operation war. Partielle Nebennierenexstirpation ruft keine Genitalschädigung hervor. Die Genitalatrophie ist besonders bei Tieren mit künstlich erzeugten Nebennierentumoren ausgesprochen. Die Genitalatrophie ist nicht oder nur in geringem Grade die Folge einer herabgesetzten Nahrungsaufnahme, sondern beruht in erster Reihe auf dem Ausfall einer spezifischen innersekretorischen Funktion der Nebenniere. Die Potenz und Konzeptionsfähigkeit nebennierenloser Tiere ist wesentlich herabgesetzt. Eine bereits vorhandene Schwangerschaft braucht durch die beiderseitige Nebennierenexstirpation nicht unterbrochen zu werden. Die spärlichen bisher am klinischen Material erhobenen Befunde stehen im Einklang mit den tierexperimentellen Erfahrungen.)

57. Novak, Porges, Strisower, Über eine besondere Form der Glykosurie in der Gravidität und ihre Beziehungen zur echten Diabetes. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 78. (Die Schwangerschaftsglykosurie beruht in der Regel auf einer Überempfindlichkeit der Niere gegen den Blutzucker, ohne dass sich bei den meisten Fällen eine Störung unter Regulierung des Kohlehydratstoffwechsels nachweisen liesse. Weder die spontane, noch die alimentär erzeugte Zuckerausscheidung in der Gravidität können als Beweis für das Vorhandensein einer Leberinsuffizienz herangezogen werden.)

58. Nowicki, W., Über die Beziehungen des Chromaffins zum Adrenalin in den Nebennieren. Experimentelle Arbeit, an Kaninchen ausgeführt. Przeglad chir. i gin. Bd. 8. Heft 1. p. 169—194. (Polnisch.) (v. Neugebauer.)

59. Oldfield, C., Beckenerkrankungen in ihrer Beziehung zur Neurasthenie. Amer. Journ. of Obst. p. 1189. (Beckenerkrankungen sind keine spezifische Ursache für Neurasthenie.)

60. Opitz, E., Einiges über die Beziehungen von Entzündungen des Dickdarmes zu den weiblichen Geschlechtsteilen und zu funktionellen Neurosen. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 74. p. 362. (Beschreibung eines Falles von echter akuter Entzündung des Cökums selbst mit Schwangerschaft. Es wird der Grundsatz aufgestellt, dass bei Vorhandensein von Wehen zuerst der Uterus von der Scheide aus zu entleeren und dann erst die Laparotomie zur Behandlung der Dickdarmentzündung zu machen sei. Besprechungen des Krankheitsbildes der akuten und chronischen Blinddarmentzündung. Bedeutung der Enteroptose als disponierendes Moment (Obstipation etc.). Schwierigkeit der differentialdiagnostischen Unterscheidung organischer Veränderungen dieser Region von rein nervösen Beschwerden.)

61. Ortenau, G., Sieben Fälle von psychischer Erkrankung nach gynäkologischer Behandlung geheilt. Münchn. med. Wochenschr. 1912. Nr. 44.

62. Patel, M., Die Veränderungen des Colon sigmoideum bei gynäkologischen Leiden. Revue de Gyn. p. 537. (Beschreibung zweier Fälle von Meso-Sigmoiditis im Anschluss an Adnexerkrankungen.)

63. Peete, Uterusblutungen bei Pellagra. Ref. Amer. Journ. of Obst. p. 175. (Uterusblutungen sind eines der ersten Symptome bei Pellagra überhaupt. Es wird dies an acht Fällen gezeigt.)

64. Peretti, Noch einiges zum Kapitel: Gynäkologie und Psychiatrie. Med. Klin. Nr. 7.

65. Pick, A., Die Behandlung der Appetitlosigkeit mit besonderer Berücksichtigung ihrer nervösen Formen. Mitteil. d. Ges. f. d. ges. Therapie. p. 14.

66. Picqué, M. L., Hysterie und Chirurgie. Presse méd. p. 164. (Schwierigkeit der Differentialdiagnose zwischen hysterischen Schmerzen und wirklicher Appendizitis. Picqué glaubt nicht, dass die Hysterie einen vollkommenen appendizitischen Symptomenkomplex erzeugen könne.)

67. Polak, I. O., Der Verlauf gynäkologischer und geburtshilflicher Operationen bei akuter und chronischer Endokarditis. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 17. Nr. 3.

68. Polland, R., Dermatosis dysmenorrhoica symmetrica. Arch. f. Derm. Bd. 118. (Die Erkrankung tritt nur bei Frauen mit menstruellen Störungen auf. Sie beginnt mit schmerzhafter Hyperämie der perifollikulären Gefässchen, die auch zur serösen oder blutigen Exsudation führt. Bläschenförmige Abhebungen der Epidermis, nässende Flächen, die mit Pigmentation abheilen oder Nekrosen mit Narbenbildungen vervollständigen das Krankheitsbild. Die Effloreszenzen treten fast immer symmetrisch auf.)

69. Popielski, Innere Sekretion und das Experiment. Vortrag in der Lemberger ärztl. Ges. mit Diskussion. Lwowski Tygodnik Lekarski. Nr. 7. (Polnisch.)
(v. Neugebauer.)

70. Prochownick, Akute Tuberkulose nach gynäkologischen Eingriffen. Zentralbl. f. Gyn. p. 7.
71. Puppel, E., Die Appendizitis, ihre Beziehungen zur Gynäkologie und Geburtshilfe. (Sammelreferat 1911 und 1. Hälfte 1912.) Gyn. Rundschau. p. 369. (28 Literaturangaben.)
72. Redlich, Die Bedeutung der inneren Sekretion für die Physiologie und Pathologie der weiblichen Genitalsphäre. Arbeiten a. d. geb.-gyn. Klinik (Prof. A. Redlich). Bd. I. (Redlich gibt einen Überblick über die chemische Korrelation des polyglandulären Drüsensystems im weiblichen Organismus und verbreitet sich über die Beziehungen derselben zur Genitalsphäre. Der Eierstock wirkt hemmend auf Schilddrüse, Hypophyse, chromaffines System und verhält sich als Agitator zur Parathyreoidea. Fördernd wirkt das Ovarium auf die Gebärmutter; die Brustdrüse hemmt die Funktion des Eierstocks. Verf. bringt klinische Belege.) (H. Jentter.)
73. Reynolds, E., Der Verlauf gynäkologischer Operationen bei chronischen Herzerkrankungen. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 17. Nr. 3. (Eine mittelgrosse Operation unter guten äusseren Bedingungen kann von jedem Herzkranken vertragen werden, der nur mässigen körperlichen Anstrengungen gewachsen ist. Die richtige Wahl der Narkoseart und die möglichste Abkürzung der Operation sind von besonderer Wichtigkeit.)
74. — Gynäkologische Operationen bei chronischen Herzaffektionen. Amer. Journ. of Obst. p. 329.
75. Rockey, Tuberkulose infolge Spinalanästhesie. Journ. Amer. med. Assoc. Febr. 8.
76. Rössle, Über die Hypophyse nach Kastration. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 952. (Rössle untersuchte 101 Hypophysen, davon 23 von länger als vier Wochen kastriert gewesenen Frauen. Es ergab sich, dass eine wesentliche und in Kontrollen nicht vorkommende Gewichtsvermehrung von Hypophysen nach Kastration unter den Bedingungen, unter denen bei uns die Kastration ausgeführt wird, nicht regelmässig festzustellen ist. Bei jugendlichen Individuen reagiert die Hypophyse mehr, bei älteren weniger auf die Kastration. Histologisch fand R. Zunahme der eosinophilen Zellen auf Kosten der Hauptzellen und insbesondere der basophilen Zellen. R. verweist auf seine ausführliche Arbeit über dieses Thema.)
77. Roedel, W., Über die Wechselbeziehungen zwischen Generationsvorgängen und Schwerhörigkeit. Diss. Freiburg. Mai.
78. Schiffmann, J., und A. Vystavel, Versuche zur Frage einer inneren Sekretion der Mamma. Wiener klin. Wochenschr. p. 261. (Exstirpation der Brustdrüsen beim Meerschweinchen hat keinen Einfluss auf Trächtigkeitsdauer und Wurf. Mammin-Poehl und Kochsalzextrakte von Kuheutern riefen trotz Entfernung der ausfällbaren Eiweisskörper bei den Tieren Abortus hervor. Bei Frauen gelang diese Wirkung nicht. Nebst mikroskopischen Veränderungen an Nebennieren und Hypophyse fiel auf, dass das Genitale des Injektionstieres bedeutend kleiner war als das des Kontrolltieres, wobei aber bemerkt werden muss, dass die mit Injektionen behandelten Tiere im Längenwachstum und in der Allgemeinentwickelung deutlich zurückblieben. Es wird sich also wohl um eine Gesamtschädigung des Organismus durch die Extrakte handeln. Auch die Zirbeldrüsen der injizierten Tiere waren mikroskopisch verändert. Auch Injektion von artgleichem Brustdrüsenextrakt hatte ähnliche Veränderungen nur in geringerem Grade zur Folge.)
79. Schlub, Kastration und Sterilisation vom Geisteskranken in der Schweiz. Schweiz. Rundschau f. Med. 1912. Nr. 2.
80. Schmauch, G., Die Schilddrüse der Frau und ihre Bedeutung für Menstruation und Schwangerschaft. Deutsche med. Ges. Chicago. 5. Jan. Ref. Münchn. med. Wochenschrift. p. 2486. (Erörterung der bereits bekannten Beziehungen zwischen Schilddrüse und Funktion des weiblichen Genitale.)
81. Schultze, B. S., Diagnose und operative Behandlung von Genitalleiden bei weiblichen Geisteskranken. (Übersetzung aus dem Deutschen ins Englische.) Amer. Journ. of Obst. p. 114. Med. Klin. Nr. 1.
83. Seifert, E., Kritische Studien zur Lehre vom Zusammenhang zwischen Nase und Genitalorgan. Diss. Würzburg 1912.
84. Sellheim, H., Der Geschlechtsunterschied des Herzens. Umschau. p. 585.
85. Siegmund, Die nasalen Reflexleiden in ihren Beziehungen zur chirurgischen und gynäkologischen Diagnostik. Berl. Klin. 1912. Sept. Heft 291.
86. Somer, Über einige Beziehungen zwischen Gehirn, Keimdrüsen und Gesamtorganismus. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. 51. Heft 2. (Der Autor versucht durch syste-

matische Wägungen von Keimdrüsen, Gehirn und Gesamtkörper charakteristische Beziehungen in den Gewichtsverhältnissen beider Organgruppen herauszufinden. Etwas Abschliessendes lässt sich darüber noch nicht feststellen.)

87. Urstein, M., Der Einfluss des Klimakteriums auf die psychische Sphäre des Weibes. Einleitung zu der Monographie des Verfassers über die Psychosen des höheren Alters. Med. i Kron. Lekarska. Nr. 31. (Polnisch.) (v. Neugebauer.)

88. Vogel und Krämer, Eine Beobachtung von herzblockähnlichen Erscheinungen nach der Lumbalanästhesie. Med. Klin. Nr. 10.

89. Weljaminow, Materialien zur Lehre über Struma und Morbus Basedowii. Russki Wratsch. Nr. 1. (An grossen Zahlenreihen weist Weljaminow nach, dass bei Erkrankungen der Schilddrüse der Menstruationsbeginn im Durchschnitt auf 15,01 Jahre fällt, speziell bei Morbus Basedowii — 14,6. Je früher die Geschlechtsreife eintritt, desto höher die Toxizität der Struma. Der durchschnittliche Zeitpunkt des Menstruationsbeginns bei Schilddrüsenkranken ist um zwei Jahre früher als bei Frauen des nördlichen Russlands überhaupt, besonders früh ($2^1/_2$ Jahre vor dem Mittel) tritt die Menstruation ein bei typischem Morbus Basedowii. Sehr häufig ist die primäre Ursache der Basedowschen Krankheit in den Geschlechtsdrüsen zu suchen. Verf. behandelt Fälle von Thyreotoxikose mit Präparaten der Eierstöcke (luteovar, Proprovar Poehl), nicht selten kombiniert mit Thyreoidin und Thyreoektin (Parke Davis).) (H. Jentter.)

90. Wiese, Über menstruelle Temperatursteigerungen bei Lungentuberkulose. Beitr. z. Klin. d. Tuberkulose. Bd. 26. Heft 4. (Beobachtungen von 500 tuberkulösen Patienten. In 67,8/10% der Fälle wurde prä- und postmenstruelle Temperatursteigerung gefunden. Das regelmässige Auftreten postmenstruellen Fiebers ist prognostisch ungünstig.)

91. Wiesel, J., Der Status thymico-lymphaticus. Handbuch der Neurologie von Lewandowsky. Bd. 4.

92. — Agenitalismus und Hypogenitalismus. Die Bindegewebsdiathese als Ursache multiglandulärer Störungen. Lewandowskys Handb. d. Neurologie. Bd. 4. Springer, Berlin. (Wiesel fasst die Unterfunktion der Blutdrüsen als Blutdrüsensklerose (Bindegewebsdiathese) auf, wie sie sich in angeboren gewebsschwachen Organen, insbesondere in hypoplastischen Organen entwickelt. Die bindegewebige Entartung ist nach Wiesel überhaupt das Endschicksal hypoplastischer Organe. Diese sehr interessante Auffassung Wiesels verspricht bei weiterem Ausbau noch wichtige Aufklärungen auf innersekretorischem Gebiet.)

93. Zaretzky, Ein Fall von heterogener Hypertrichosis. Demonstration. Journ. akusch. i shensk. bol. März. Sitzungsber. d. geb.-gyn. Ges. zu St. Petersburg. (Patientin ist 21 Jahre alt; Menses nur vom 12. bis 16. Jahre, sehr unregelmässig. Nach Sistieren der Menses begann Haarwuchs auf Oberlippe, Kinn und Wangen. Patientin sah sich genötigt, ihr Gesicht zweimal die Woche zu rasieren. Die Stimme wurde tiefer und männlicher. Die Dorsalflächen der Unterarme, der Leib, die Nates und die Unterschenkel bedeckten sich mit 3—4 cm langem Haar. Die Figur der Behaarung des Unterleibes ist dreieckig. Libido, voluptas normal, Vita sexualis seit dem 18. Jahre. Allmonatlich Molimina. Brustdrüsen sehr klein. Klitoris hypertrophisch; Uterus infantil, Ovarien nicht tastbar. Hypophyse röntgenographisch nicht vergrössert. Verf. vermutet neben einer Hypoplasie der Eierstöcke Hypertrophie resp. Hyperfunktion der Nebennieren.) (H. Jentter.)

D. Allgemeines über Laparotomie.

1. Adams, G. E., Peritoneale Verwachsungen. Eine Experimentalstudie. Lancet. p. 663. (Versuche am Kaninchen und Meerschweinchen über infektiöse und nichtinfektiöse Verwachsungen. Sterile Tupfer erzeugen rasch Verwachsungen mit Netz und Darm. Sehr wichtig ist das Ergebnis, dass Drainageröhren mit seitlichen Öffnungen binnen 24 Stunden von neugeformten Geweben verschlossen sind. Drainage der freien Bauchhöhle hat daher keinen Sinn. Blutungen in die Bauchhöhle erzeugen keine Adhäsion.)

2. Altschüler, Über die Pulsfrequenz von Patienten vor und nach den in Vollnarkose ausgeführten Operationen. Diss. Marburg 1912.

3. Anderson, W., Entstehung von entwickelungsgeschichtlich abnormen Verwachsungen in der Bauchhöhle. Lancet. p. 1300. (Im Bereiche der Gallenblase, des Duodenums, des Kolons an seinen verschiedenen Umbiegungsstellen und an der Radix mesenterii kommen in Betracht. Besprechung der Symptome und der chirurgischen Behandlung.)

5. Anderson, W., Abnormal intraabdominal Developmental Adhesions. Lancet. p. 1373. (Fortsetzung.) (Unter Beibringung von sechs Abbildungen wird die Technik der Adhäsionslösung und Vernähung der allenfalls dadurch entstandenen Peritonealdefekte besprochen. Die Prognose ist in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle eine gute.)
6. Bacciarelli, Kindskopfgrosse vereiterte Omentalzyste, mit dem Wurmfortsatze verwachsen, entfernt. Genesung. Przeglad chir. i gin. Bd. 8. Heft 2. p. 324. (Polnisch.) (v. Neugebauer.)
7. Baer, B. F., Points in technic that have helped me out of some former difficulties. Amer. Journ. of Obst. p. 222.
8. Barker, Einige Gesichtspunkte bezüglich Abdominaldrainage bei verschiedenen Entzündungsformen. Brit. med. Journ. Jan. 18.
9. Bartram, Über den Keimgehalt des Operationsfeldes bei Laparotomien und seine Bedeutung für den postoperativen Verlauf. Diss. Tübingen. August.
10. Baudet, Über den Gebrauch von Kampferöl in der Chirurgie Prov. med. 26. Jahrg. Nr. 4.
11. Bauereisen, Über Ileus und Fremdkörper Münchn med. Wochenschr. p. 1741.
12. Benjamin, A. E., Einige intraabdominelle Komplikationen nach Laparotomien. The Journ. of Amer. med. Assoc. p 2045 (Besprechung der im Bereiche der Möglichkeit liegenden Komplikationen, besonders von seiten des Darmtrakts.)
13. Berlowitz, W.. Über Knochenbildungen in der Laparotomienarbe. Diss. Breslau. (Zusammenstellung von 16 Fällen mit Knochenbildung in alten Laparotomienarben im Anschluss an zwei in der Breslauer Frauenklinik beobachtete Fälle. Die starke funktionelle Beanspruchung der Narbe sollte die Ursache sein.)
14. Bleek, Über Extraduralanästhesie für chirurgische und gynäkologische Operationen. Lancet. p. 503.
15. Bogdanowitsch, M., Appendix und weibliche Genitalien. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 84. (Bogdanowitsch bespricht die Differentialdiagnose zwischen Appendizitis und Adnexentzündungen. Stieldrehung der Ovarialzysten, Extrauteringravidität und chronische appendizitäre gynäkologische Erkrankungen. Pankow fand bei 400 Adnexoperationen in 22% die Appendix als Ursache der Erkrankung.)
16. Bonner, Mt. Connell, Darmverschluss. Amer. Journ. of Obst. April.
17. Brósz, Sándor, Hasürivérzés két ritkáble alakja. Aus der Sitzg. des Vereins d. Spitalärzte am 27. Nov. 1912. Ref. Orvosi Hetilap. Nr. 2. (Bericht über zwei Fälle von beträchtlichen Blutergüssen in die Peritonealhöhle, hervorgerufen einmal durch Stieltorsion eines Ovarialtumors, das andere Mal infolge eines Sturzes bei einem grossen Gebärmutterfibrom.) (Temesváry.)
18. Brückner, G., Heilung eines Falles von tuberkulöser Peritonitis durch Stickstoffeinblasungen in die Bauchhöhle. Vortrag in der Hufelandschen Ges. zu Berlin. Nov. Ref. Berl. klin. Wochenschr. 1914. p. 103.
19. Buchbinder, R.. Retroperitoneale Rupturen der Appendix mit Eitererguss in den rechten Schenkel und folgender Gangrän des Schenkels. Journ. of amer. Assoc. p. 1782.
20. Coffey, R. C., Über Adhäsionen in der Bauchhöhle. Journ. of Amer. Assoc. p. 1952. (Coffey empfiehlt zur Vermeidung von Adhäsionen strenge Asepsis, Verkürzung der Operationsdauer, möglichst schonendes Vorgehen bei der Operation. Nachher Anregung der Peristaltik durch Abführmittel. Infusion von Ölen in die Bauchhöhle seien nutzlos. Gewisse Patienten haben eine Neigung, trotz aller Massnahmen Adhäsionen zu bekommen.)
21. Cohn, Max, Die atmosphärische Luft im Abdomen nach Laparotomien. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 29. (Das Verbleiben von Luft im Abdomen ist meist ohne bedeutenden Einfluss. Die Resorption findet nach 8—14 Tagen statt. Der Bakteriengehalt ist bedeutungslos. Grosse zurückgebliebene Luftmengen können Tympanie des Darmes vortäuschen. Der dynamische Einfluss der zurückgebliebenen Luft bedarf noch genaueren Studiums.)
23. Crile, G. W., Beziehungen zwischen Blutdruck und Prognose bei Laparotomien. Amer. Journ. of Obst. p. 309.
24. Crile, Über neuere Methoden, die postoperative Sterblichkeit nach Beckenoperationen herabzusetzen. Journ. of Amer. Assoc. p. 1501. (Blutdrucksteigerung ist ein komplizierender Faktor. Crile schaltet den psychischen Schock durch Anästhesie und Anodynie vor und nach der Operation aus.)

25. Davis, A. B., Akute Magendilatation nach der Entbindung als Spätfolge von Ventrofixation des Uterus. Langdauernde Wehen, Entbindung mit Forzeps, Heilung. Amer. Journ. of Obst. p. 910.
26. Delangre, M., Gallertkrebs des Peritoneums. Revue de Gyn. p. 87. (Bericht über einen solchen Fall, welcher klinisch als Leberzirrhose imponierte.)
27. Dobbert, Th., Rückblick auf eine zweite Serie von 500 Laparotomien. Volkmanns Vortr. Nr. 678. (Seinem ersten Rückblick über 500 Laparotomien im Jahre 1908 lässt Dobbert nun einen zweiten über weitere 500 Laparotomien folgen. Die Mortalität in der zweiten Serie ist infolge der zunehmenden Technik selbst vor Anwendung des Gummihandschuhs (1911) von 5,2% auf 1,9% gesunken. Der Gummihandschuh hat also keine wesentliche Verbesserung der Mortalitätsziffer an sich zur Folge gehabt.)
29. Douglas, J., Entfernung einer vaginal eingeführten Bougie aus dem Abdomen durch Laparotomie 10 Wochen nach der Einführung. Amer. Journ. of Obst. p. 25.
30. Ebeler, Zur Anregung der Peristaltik nach Laparotomien. Med. Klinik. Nr. 37. (Ebeler empfiehlt Glyzerinklysmen, Thermophor, Darmeinlauf nach Pettenkofer. Das Hormonal wurde aufgegeben. Von Peristaltin dagegen hat Ebeler gute Erfolge gesehen. Ebenso von Samatin (Helfenberg). Letzteres Präparat wurde an 300 Fällen mit Erfolg angewendet. Auch Pituitrin und Kochsalzinfusionen wirken günstig auf die Peristaltik.)
31. Falkner, A., Direkte Behandlung der tuberkulösen Peritonitis mit Jodpräparaten. Münchn. med. Wochenschr. p. 978. (Drei Fälle von tuberkulöser Peritonitis, von denen zwei Fälle mit Jodtinktur, der dritte mit Jodvasogen intraperitoneal im Anschluss an die Laparotomie behandelt wurden. Die drei Fälle, zwei „nasse" und eine „trockene" Peritonitis zeigten eine verkürzte Heilungsdauer und bisher keine Schädigungen. Auch das Jodipin als Klysma wird zur Unterstützung dieser Therapie empfohlen.)
33. Firket, Ch., Einfache Epithelzysten des Peritoneums. Arch. de méd. expér. et d'anat. path. Tome 24. p. 697. (Beschreibung eines Falles von multiplen Zysten des grossen Netzes. Mikroskopisch fand der Autor Endothelauskleidung der Zysten, stellenweise auch wimpertragende Zellen.)
34. Fishbein, Beitrag zur Bakteriologie der Peritonitis. Mit spezieller Berücksichtigung der primären Peritonitis. Amer. Journ. Med.
36. Fonyo, G., Appendizitis der Frauen. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 84. Heft 1 (Differentialdiagnose und Komplikationen mit Gravidität und gynäkologischen Erkrankungen.)
37. Fourdrinier, M., Postoperative Darmblutungen. La Gyn. p. 573. (Darmblutungen sind seltene Ereignisse und haben eine Mortalität von 50%. Als Ursachen werden 1. direkte Darmverletzungen, 2. Verletzungen von Peritoneum und Netz und 3. toxisch-infektiöse Ursachen angegeben. Therapie: Ruhigstellung des Darmes, Hebung des Allgemeinzustandes.)
38. Frank, Louis, Die Verwendung von Jodtinktur in der Bauchchirurgie. Amer. Journ. of Obst. p. 910. (Jodtinktur wird zur Desinfektion der Bauchdecken empfohlen. In die Bauchhöhle selbst soll sie nicht gegossen werden, weil sie toxisch wirkt und Adhäsionen erzeugt.)
39. Franke, C., Über die Sensibilität der Bauchhöhle. Berl. klin. Wochenschr. 1912. Nr. 42.
40. Freund, H., Die Appendizitis bei Frauen. Gyn. Streitfragen. p. 17. Stuttgart, Enkes Verlag. (Verf. nimmt nicht ganz den radikalen Standpunkt ein, wie ihn Aschoff unter den pathologischen Anatomen und Pankow unter den Gynäkologen vertritt. Die Furcht vor Anfällen ist nicht in so hohem Masse begründet, wie Pankow glaubt. Von 223 an Adnextumoren operierten Frauen müssten nach Pankow 65%, also 159 Frauen, eine Appendizitis überstanden haben. Ein Teil von diesen hätte doch ein Rezidiv bekommen müssen. Tatsächlich sind nur zwei davon operiert worden, davon eine Hysterika. Die Mitbeteiligung der Appendix bei Erkrankung der rechten Adnexe ist bei weitem nicht so häufig, wie Pankow annimmt. Freund will daher die Appendix nicht jedesmal prinzipiell entfernen, sondern nur, wenn sie adhärent oder makroskopisch verändert ist. Eine sonstige Indikation besteht nicht. Komplikationen seitens der Appendix in der Schwangerschaft sind selten und auch bei gynäkologischen Leiden nicht hervorragend beteiligt. Die Appendizitis bei Frauen im geschlechtsreifen Alter verdient demnach zwar ernste Beachtung, ist aber nicht häufiger und gefährlicher als ausserhalb des geschlechtsreifen Alters.)

41. Gergö, E., Subkutanes Emphysem nach Laparotomien. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 121. (Im ersten Fall acht Tage nach einer Gastroenterostomie, in einem zweiten Fall nach Operation einer Hydrocele entstanden. Erklärung auf mechanische Weise oder durch anaerobe Bakterien. Literaturzusammenstellung.)
42. Gljadkow, Über abdominale Köliotomie. Journ. akusch. i shensk. bol. Febr.-März. (Bericht über 300 Laparotomien, ausgeführt in der gynäkologischen Abteilung des Landschaftshospitals zu Nishni-Nowgorod. Händedesinfektion nach Fürbringer, Zwirnhandschuhe, trockene Operationsmethode. Sieben Todesfälle = Gesamtmortalität 2,3%, davon zwei Fälle an Infektion; 47 Wertheimsche Operationen mit einem Todesfall (2,1%); 40 Myomoperationen mit einem Todesfall (2,5%), 31 Laparotomien wegen Tubargravidität mit drei Todesfällen (9,7%), 55 Ovariotomien mit einem Todesfall (1,8%); 51 Laparotomien wegen Erkrankungen der Adnexe mit einem Todesfall (2%) etc.) (H. Jentter.)
43. Goldmann, Befürwortung frühzeitiger Laparotomie bei Abdominalerkrankung. Med. Record. p. 981.
44. Goursatas, Pseudomyxoma peritonei. Diss. Lyon 1911.
45. Graham, Instrumentenbank bei rektalen und vaginalen Operationen. Journ. Amer. Assoc. p. 1537.
46. Grekow, Zur Behandlung der diffusen eitrigen Peritonitis. Wratsch. Gaz. Nr. 2. Sitzungsber. d. XII. Kongr. russ. Chir. (Verf. vertritt den Standpunkt, dass bei eitriger, diffuser Peritonitis möglichst früh aktiv eingegriffen werden soll (breites Eröffnen der Bauchhöhle, Marlytamponade). Auf 758 Fälle 61% Sterblichkeit; auf 593 noch nicht veröffentlichte Fälle 54%, für Peritonitis ex appendicitide 40%, ex salpingitide 30%. Post operationem subkutane Infusionen, Magenspülungen, Morphium, Pantopon, Digalen, Adrenalin (intravenös). Kotfisteln sind selten: auf 190 Fälle mit Tamponade 12 mal, davon starben zwei.) (H. Jentter.)
47. Haagen, Zur Technik der Appendektomie. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 119. Heft 5 u. 6.
48. Hahn, O., Über das Aufbrechen von Laparotomiewunden. Diss. München. Sept. (Bericht über zwei eigene Fälle.)
49. Halfern, G. v., Über das Zurücklassen von Fremdkörpern in der Bauchhöhle. Diss. Freiburg 1912.
50. Hannes, W., Knochenbildung in der Laparotomienarbe. Gyn. Rundschau. p. 771. (Zwei Fälle von Verknöcherung des Faszien- bzw. Narbengewebes. Hinweis auf die Verwandtschaft mit der Myositis ossificans. Da Hernienbildung eintrat, musste der Knochen entfernt werden. Beide Laparotomien waren offen behandelt worden.)
51. Hartmann, I., Zur Sensibilität des Peritoneums und der Bauchfaszien. Deutsche med. Wochenschr. p. 712. (H. hat an sich selbst unter Lokalanästhesie eine Nabelhernie operieren lassen und dabei folgendes beobachtet: Hautanästhesie mit 1%igem Novokain: das Schneiden der Faszie mit dem Messer war nicht schmerzhaft, wohl aber mit der Schere. Bei Berührung des Nabelringes stellten sich von dort ins Genitale ausstrahlende Schmerzen ein nach Art von elektrischen Schlägen. Dieser Schmerz ist durchaus typisch, auch beim Nähen und Knüpfen der Faszie. Selbst die Parietalserosa ist nicht so empfindlich wie die Faszie. Ziehen am Netz ist sehr schmerzhaft und verursacht in die Tiefe ziehende, atembeklemmende Schmerzen bis an die Wirbelsäule. Das Abschneiden des Netzzipfels ist schmerzlos, das Unterbinden nicht besonders schmerzhaft. Berührung mit Tupfern schmerzt viel mehr als Schnitte mit scharfen Messern. Hartmann glaubt demnach, dass ein einigermassen willensstarker Mensch auch grössere intraperitoneale Operationen lediglich unter Anästhesie der Bauchdecken ganz gut aushalten könnte. Man würde so wertvolle Aufschlüsse über die Sensibilität der Bauchorgane erhalten.)
52. Hartwell, J., Über Behandlung der fortschreitenden Peritonitis nach Appendizitis. Med. and Surg. Report. of the Presbyt. Hospital 1912.
53. Haussknecht, Laparotomien, mit und ohne Gummihandschuhe. Diss. Würzburg 1911.
54. Heald, Heftpflasterentlastung für durchgreifende Entspannungsnähte. Journ. of Amer. Assoc. p. 1954.
55. Hellendall, Längsschnitt oder Querschnitt. Zentralbl. f. Gyn. p. 936.
56. Herff, O. v., Zur Vorbeugung postoperativer Peritonitis bei verschmutzten Laparotomien. Gyn. Rundschau. p. 1. (Unter sämtlichen postoperativen Todesfällen der

v. Herffschen Klinik sind ein Drittel an Peritonitis gestorben. Bei reinen Operationen kann eine solche mit der heutigen Technik nahezu sicher vermieden werden. Bei unreinen (verschmutzten) Laparotomien muss mit peinlichster Genauigkeit auf den Wundschutz geachtet werden. Steriler Eiter ist harmlos. Schwierig ist von vornherein die Beurteilung der Virulenz von allenfalls in die Bauchhöhle eingedrungenen Keimen. Zur Bekämpfung der sekundären Peritonitis hat v. Herff zunächst das Kampferöl versucht; bis zu einem gewissen Grade mit Erfolg. Hochvirulente Keime jedoch wurden durch die Kampferölung nur wenig oder gar nicht beeinflusst und die Tierexperimente haben geradezu eine Beschleunigung der Infektion ergeben. Die Fälle mit mittlerer spezifischer Virulenz scheinen günstiger beeinflusst worden zu sein. Die anteoperative Kampferölung 48 Stunden vor der Operation kam fast nur vor Karzinomoperationen in Anwendung. Hier war ein Nutzen schon mit grösserer Bestimmtheit anzunehmen, aber H. hat auch Misserfolge bei starkem Jaucheerguss in die Bauchhöhle gesehen. Nur eines spricht v. Herff mit vollster Sicherheit aus, nämlich dass er nicht die geringsten Schädigungen von Kampferöl gesehen hat. Durch den ungünstigen Ausfall der Tierversuche mit Kampferöl veranlasst, versuchte v. H. das Wasserstoffsuperoxyd bei starker Eiterung oder Jauchung, insbesondere nach Karzinomoperationen, als Prophylaktikum gegen Peritonitis. Starke Entwickelung von Schaum und Wärme nach Ausgiessen der Beckenwunde mit 20—30 ccm Wasserstoffsuperoxyd (auf ein Drittel verdünnt). Nach genauer Peritonisierung wird nochmals Wasserstoffsuperoxyd in die Bauchhöhle gegossen und dann Peritoneum und Bauchdecken geschlossen. Eine Beobachtung von bisher 12 Fällen ergab auffallend günstigen Verlauf. Perhydrol (Merck) ist sicher ungiftig und erzeugt nach den bisherigen Erfahrungen keine Adhäsionen.)

57. Hesse, E., Über den Wert der freien Netztransplantation im Dienste der Bauchchirurgie. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 82. Heft 1.

58. Höhne, O., Über peritonealen Schutz. Therap. Monatshefte. Nov. 1912.

59. Howell, J., Klinische Studie über die Hauptfunktion des Peritoneums. Lancet. p. 1181. (Betrachtungen über den Wert des Peritoneums als Schutzmittel des Körpers gegen bakterielle Infektionen.)

60. Hughes, Tetanie bei akuter, eitriger Appendizitis des Erwachsenen. Brit. med. Journ. April 26.

61. Jachontow, Der Faszienquerschnitt bei gynäkologischen Laparotomien. Journ. akusch. i shensk. bol. Dez. (In allen 160 Fällen des Verf. konnten die Tumoren leicht extrahiert werden, Zysten, selbst übergrosse, nach Punktion, Myome nach Morcellement. Überaus leichte Übersichtlichkeit der Beckenhöhle. Der Längsschnitt muss für grosse maligne Tumoren reserviert werden. Bei 111 Patienten, welche nachuntersucht wurden, keine Hernienbildung. Tabellarische Übersicht der 160 Fälle.) (Jentter.)

62. Jelke, Intraperitoneale Anwendung von Kollargol bei diffuser eitriger Peritonitis. Münchn. med. Wochenschr. p. 1828. (30—50 ccm einer 2%igen Lösung scheint günstig zu wirken.)

63. Jellett, Chirurgische Behandlung der Beckenthrombose. Brit. med. Journ. Epitome. p. 71. (Bericht über fünf Fälle von Beckenthrombose nach Puerperalsepsis. Fälle mit Allgemeininfektion sind ungeeignet, solche mit lokaler Infektion geeignet zur chirurgischen Behandlung. Differentialdiagnostisch kommen Pyosalpinx und Parametritis in Betracht.)

64. Kappis, Beiträge zur Frage der Sensibilität der Bauchhöhle. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 26. (Die Bauchorgane im engeren Sinne sind praktisch als empfindungslos anzusehen.)

65. Kawasoye, Über die anatomischen Veränderungen an den Bauch- und Brustorganen, insbesondere am Peritoneum von Tieren nach intraperitonealer Kampferölinjektion. Arch. f. Gyn. Bd. 100. Heft 1. p. 100. (Durch intraperitoneale Kampferölinjektion wird beim Kaninchen fast regelmässig die von Hoehne beschriebene, reaktive Peritonitis ausgelöst. In Übereinstimmung mit Hoehne fasst Kawasoye diese reaktive Peritonitis als Fremdkörperperitonitis auf. Bei der Entwickelung der reaktiven Veränderungen am Peritoneum nach intraperitonealer Kampferölinjektion kann man drei aufeinanderfolgende Stadien unterscheiden. 1. Das Stadium der Endothelproliferation und der Leukozyteninfiltration. 2. Das Stadium der Fibrinbildung und 3. das Stadium der Organisation und der langsamen Ölresorption. 1%iges Kampferöl

in einer Menge von $^1/_2$ ccm auf je 100 g Körpergewicht wirkt bei Kaninchen nicht giftig. Fettembolie der Lunge ist bei dieser Ölmenge, die rein gewichtsmässig auf einen Menschen von 60 kg Körpergewicht berechnet 300 ccm betragen würde, nicht absolut ausgeschlossen. Darmadhäsionen hat K. bei einer Beobachtungszeit von vielen Wochen nach der intraperitonealen Kampferölinjektion nie beobachtet. Die Reaktionsfähigkeit des Peritoneums gegenüber dem Kampferöl ist bei verschiedenen Tiergattungen sehr verschieden. Selbst bei ein und derselben Tiergattung reagiert das Peritoneum der einzelnen Tiere keineswegs immer gleichmässig. In den verschiedenen Bezirken der Peritonealserosa zeigt die Reaktion eine verschiedene Stärke. Das Peritoneum des Kaninchens reagiert fast ausnahmslos sehr stark und regelmässig, während bei Meerschweinchen und bei weißen Mäusen die Reaktion nur geringfügig und unregelmässig, sowie auch an den verschiedenen Peritonealabschnitten recht ungleichmässig auftritt.)

66. Kleinschmidt, Die Nachbehandlung Laparotomierter. Ergebn. d. Chir. Bd. 5.

67. Kouwer, B. J., De Peritoneale wondbehandeling. Ned. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. 22. jaarg. p. 138. (Mendes de Leon.)

68. — Gynaecologische Buikoperaties. Een poging ter vergelijking der resultaten van vijftien Nederlandsche operateurs. Ned. Tijdschr. v. Verlos. en Gyn. 22. jaarg. p. 158. „Sammelreferat" ten behoeve van het 6. Intern. Congr. f. Geb. en Gyn. in Berlin. (Mendes de Leon.)

71. — Tumor. Ned. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. XXII. 3. (Ein Liposarkom von 15 kg, das per laparotomiam entfernt wurde bei einer 42jährigen IIpara, die mit der Diagnose Gravidität im achten Monat aufgenommen worden war; der Fall führte zu grossen Schwierigkeiten betreffs der Diagnose, da Vortragender selbst meinte, Schädelknochen und Extremitäten zu fühlen. Im Anschlusse an diese Demonstration werden von verschiedenen Seiten Mitteilungen gemacht über Fälle aus der eigenen Praxis, die zu irrigen Diagnosen, was die Gravidität btrifft, Veranlassung gegeben hatten, und bei denen die Frage, ob Gravidität vorhanden sei, oder ob es sich um einen Tumor handle, nicht beantwortet werden konnte. Vortragender meint, dass in Zukunft genaue Röntgenphotographien von Dienst sein können. (Mendes de Leon.)

72. Kohlschütter, Ein Wort zur Frage des frühen Aufstehens nach Bauchoperationen. Eine eigene Erfahrung. Münchn. med. Wochenschr. p. 1378. (Verf. stand am zweiten Tage nach einer in Lokalanästhesie operierten Hernie auf und empfiehlt dieses Vorgehen.)

73. Kroemer, Beziehungen des Proc. vermiformis zu den weiblichen Genitalien. Greifswalder med. Verein. 18. Juli. Ref. Deutsche med. Wochenschr. p. 2434.

74. Küster, H., Indikationen und Resultate abdominaler Tampondrainage. Münchn. med. Wochenschr. p. 241. (Küster empfiehlt die Tampondrainage nach Mikulicz gegen parenchymatöse, sonst nicht stillbare Blutungen im kleinen Becken und als Abschluss des Beckens gegen das Peritoneum. Nachteile sind das verlängerte Krankenlager und die Herniengefahr. Kontraindiziert ist sie bei diffuser Peritonitis und Aszites.)

75. Lawrie, Behandlung der tuberkulösen Peritonitis. Brit. med. Journ. p. 1433. (Lawrie will zwei hoffnungslose Fälle von Peritonealtuberkulose bei Kindern durch eine Mixtur von Calcium carbonicum, Kreosot und Jodkali in zwei Monaten geheilt haben.)

76. Leonhard, Die Schwierigkeit, durch Operation der Tuben Sterilität zu erzeugen. Amer. Journ. of Obst. March. (Sämtliche Verfahren von Tubenunterbindung mit und ohne Resektion und Versenkung der Stümpfe garantieren keine sichere Sterilität. Das sicherste wäre noch Exzision beider Tuben samt eines Teiles aus den Uterushörnern.)

77. Leontiew, Pseudomyxoma peritonei ex processu vermiformi. Russki Wratsch. Nr. 37. (H. Jentter.)

78. Leriche, Über einen Fall von primärem, akutem Magen-Duodenalverschluss. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 119. Heft 5 u. 6.

79. Lippens, A., Normale und pathologische Physiologie des Peritoneums. Presse méd. p. 23. (Erörterung der Rolle des grossen Netzes bei Infektionen der Bauchhöhle. Resorption von Gasen (z. B. Kohlensäure) im Peritoneum. Ein kontinuierlich durchgeleiteter Strom von Sauerstoff übt eine Reizwirkung auf das Peritoneum aus. Die Resorption von Exsudaten wird durch Gaseinblasungen verzögert, im Gegensatz zu den Verhältnissen in der Pleura, die Phagozytose jedoch gesteigert.)

80. Linkenheld, J., Beitrag zur Beurteilung postoperativer Beschwerden nach Laparotomien. Zeitschr. f. Geb. Bd. 74.

81. Lovrich, G., Was verträgt das Peritoneum, was nicht? Orvosi Hetilap. 1912. Nr. 30 und 31.

82. Makai, Endre, Sérokiraródáss al és ovarialis sarcomával szövödött appendicularis eredetü hashántyagyuladás esete. Aus der Sitzung des Vereins der Spitalärzte am 8. Jan. Ref. Orvosi Hetilap. Nr. 14. (Bericht über einen Fall von Bauchfellentzündung infolge vereiterter Appendizitis, mit gleichzeitigem beiderseitigem Ovarialsarkom. Operation in zwei Sitzungen; Genesung.) (Temesváry.)

83. Mieczkowski, L., Über entzündliche Bauchtumoren. Przeglad chir. i gin. Bd. 8. Heft 1. p. 9—19. (Polnisch.) (Allgemeine Besprechung der sehr häufig postoperativen entzündlichen Tumoren, welche aber auch entstehen können durch Eindringen eines aus dem Verdauungstraktus stammenden Fremdkörpers (Fischgräte etc.); in den allermeisten Fällen enthält ein solcher postoperativer Tumor eine vereiterte Ligatur aus Seide oder Catgut, oder der Tumor entsteht zum Beispiel am Netz infolge von Massenunterbindung etc. Mieczkowski zählt eine Reihe interessanter Fälle aus der Kasuistik auf und schildert dann drei eigene Fälle, von denen zwei Frauen betreffen. Mieczkowski tritt im Gegensatz zu anderen Autoren für die sofortige Radikaloperation ein.) (v. Neugebauer.)

84. Momburg, Die intraperitoneale Ölanwendung. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 12. (Momburg warnt vor der intraperitonealen Anwendung von Kampferöl nach Laparotomien. Der Nutzen des Verfahrens ist durchaus nicht erwiesen. Eine schon bestehende Peritonitis wird nicht günstig beeinflusst, auch ist das Kampferöl nicht imstande, Adhäsionsbildung zu verhüten, wie Momburg bei einer Relaparotomie sehen konnte. Schädliche Wirkungen sind die mehrere Tage andauernde peritoneale Reizung, welche für geschwächte Individuen nicht belanglos ist. Auch Lungensymptome (Pneumonie, Hustenreiz) wurden danach beobachtet. Nach neueren Untersuchungen soll Kampferöl auch die Nierenkanälchen schädigen und verstopfen.)

85. Morestien, M., Über Ätherinjektionen in die infizierte Bauchhöhle. Presse méd. p. 421. (Äther übt eine Reizwirkung auf das Peritoneum aus, wirkt lokal im allgemeinen anästhetisch und soll den Verlauf akuter Peritonitiden günstig beeinflussen.)

86. Morris, R. T., Peritoneale Adhäsionen infolge toxischer Wirkung der Kolibakterien. Med. Record. p. 645.

87. — Über Adhäsionsbildungen in der Bauchhöhle. Amer. Journ. of Obst. p. 1073.

88. Müller, O., Warnung vor Catgutnaht der Bauchfaszie. Therap. Monatshefte. p. 728. (Platzen der Bauchwand am neunten Tage nach Operation eines Falles von beiderseitigen Ovarientumoren und Appendektomie. Ausserdem trat am vierten Tage Typhus abdominalis auf. Verf. gibt dem Nahtmaterial die Schuld.)

89. Murtry, M., Komplikationen von seiten des Darmes bei gynäkologischen Operationen. Journ. of Amer. med. Assoc. Vol. 59. Nr. 3.

90. Narath, A., Zur Technik der Appendektomie. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 119. Heft 5 und 6.

91. v. Neugebauer, Vortrag über abdominoparietale Fisteln des Uterus im Anschlusse an den deutschen Vortrag von Kolb. Gyn. Rundschau. Gyn. Sitzg. der Warschauer ärztl. Ges. am 28. Febr. Przeglad chir. i gin. Bd. 9. Heft 2. p. 246—253. (Polnisch.) (v. Neugebauer.)

92. Neumann, A., Weitere Erfahrungen mit der Verwendung der Netzmanschette. Deutsche med. Wochenschr. p. 554.

93. Okintschitz, Die Resultate der Aponeurosennaht mit entfernbarem Draht an der Hand von 268 Köliotomien. Journ. f. Geb. u. Gyn. 1912. p. 844. (Russ.)

94. Oppenheim, H., Zur Frage der Wundnahttechnik. Berl. klin. Wochenschr. 1912. Nr. 50.

95. Orlovius, Die moderne peritoneale Wundbehandlung. Prakt. Ergebn. d. Geb. u. Gyn. Bd. 5. Heft 2. Auf Grund der Verhandl. des VI. Intern. Kongr. d. Geb. u. Gyn. in Berlin vom 9.—13. Sept. 1912. (In der peritonealen Wundbehandlung kommt es hauptsächlich auf Blutstillung und Verhütung der Infektion an. Die Asepsis bei der Operation erfordert genaue Desinfektion der Hände, der Gummihandschuhe, der Bauchdecken, der Scheide und aller zur Operation verwendeten Materialien. Am schwierigsten ist die Fernhaltung von Eigenkeimen, die im Laufe der Operation aus

den Organen der Patienten austreten und das Bauchfell infizieren können. Sorgfältige Operationstechnik entscheidet hier häufig den Erfolg. Der Verlauf einer peritonealen Infektion hängt ab von der Grösse der Wundfläche, der Art, Virulenz und Anzahl der Keime und von der Widerstandsfähigkeit des Organismus und des Bauchfells. Anregung der Peristaltik und Diurese ist von grosser Wichtigkeit. Das Peritoneum ist gegen eingedrungene Keime viel widerstandsfähiger als das Beckenbindegewebe. Ersteres schützt sich durch Resorption und Exsudation mit Phagozytose gegenüber der Infektion. Eine wichtige Rolle spielt dabei das Netz. Auf die Operationstechnik kommt es ganz besonders bei unreinen Operationen an. Der Pfannenstielsche Querschnitt erfreut sich bei den modernen Operateuren immer grösserer Beliebtheit. Desgleichen die Lumbalanästhesie. Genaues Abdecken der Därme durch Kompressen ist wichtig. Eine weitere Bedingung für gute Erfolge ist reines und trockenes Arbeiten, vor allem eine peinlich exakte Blutstillung. Der grösste Wert wird bei den meisten Operateuren darauf gelegt, dass am Schluss der Operation die Bauchhöhle überall von glatter Serosa ausgekleidet ist. So wird verhindert, dass die Bindegewebswunden in die freie Bauchhöhle sezernieren und dadurch einen Nährboden für Bakterien abgeben. Durch Peritonisieren wird somit auch die Exaktheit der Blutstillung gesteigert. Eine allenfalls notwendige Drainage (subperitoneal) soll durch die Vagina abgeleitet werden. Veit nimmt insofern einen abweichenden Standpunkt ein, als er keinen grossen Wert auf genaue Peritonisierung legt, da hierdurch sehr viel Zeit verloren geht und eine Infektion von aussen noch leichter zustande kommt. Ein grosser Vorteil der von vielen Operateuren mit Vorliebe benutzten vaginalen Methoden ist der Umstand, dass die Öffnung im Peritoneum, wie überhaupt die Wundfläche sehr klein, vor allem aber die Bauchhöhle nur kurze Zeit offen ist. Unter den Massnahmen zur Prophylaxe der Peritonitis haben weder Kampferöl, noch Nukleinsäure, noch Vakzine eindeutige Erfolge aufzuweisen. Wichtig ist Anregung der Peristaltik und die Einführung des Frühaufstehens nach Operationen.)

96. Otto, Über Peritonitisbehandlung. Freie Vereinigung mitteldeutscher Gyn. 27. Okt. 1912. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 64.

97. Page, Kein Wundverband! Brit. med. Journ. Nov. 1912.

98. Palm, Nachbehandlung und Nachkrankheiten von Köliotomien. Sammelreferat. Gyn. Rundschau. p. 222. (80 Literaturangaben aus dem Jahre 1911. Besprochen wird insbesondere Thrombose, Embolie, das Frühaufstehen und die prophylaktische Peritonitisbehandlung.)

99. Payr, E., Zur Prophylaxe und Therapie peritonealer Adhäsionen. Münchn. med. Wochenschr. p. 2601. (Der Magen-Darmkanal wird mit Eisenpulver gefüllt und so durch Einwirkung eines Elektromagneten Peristaltik hervorgerufen. Es wurden Versuche an Tieren unter Kontrolle des Röntgenschirms gemacht. Es trat keine Gewebsschädigung ein, bestehende Adhäsionen können so durch die beim Magnetisieren auftretenden Schmerzen lokalisiert werden. Auch die Lösung von Adhäsionen im Stadium der fibrinösen Verklebung könnte durch diese Methode versucht werden. Auch eine Reihe von anderen Fragen könnte so einer experimentellen Prüfung zugänglich gemacht werden, wie z. B. der Einfluss künstlich hervorgerufener Darmbewegungen auf den Gesamtorganismus, Studien über die Darmentleerung, über Achsendrehung des Mesenteriums und deren Lösung, endlich radiologische Untersuchungen, besonders an der Appendix.)

100. Petrow, Experimentelles zur Lehre über die Drainage und Tamponade der Bauchhöhle. Wratsch. Gaz. Nr. 2. Sitzungsber. des XII. Kongr. russ. Chir. (H. Jentter.)

101. — Experimentelles zur Drainage der Bauchhöhle. Chir. Arch. II. (Versuche an 36 Kaninchen, welche der Frage näher treten sollen, ob die in die Bauchhöhle eingeführten Drains imstande sind, längere Zeit Exsudate abzuleiten. Den Tieren wurden Marly, Tampons, Gummidrains und Glasröhren in die Bauchhöhle gelegt und darauf (von $5^1/_2$ Stunden bis zwei Tagen) Berliner- oder Methylenblau ins Epigastrium injiziert. Zeigte sich die Farbe nach 30—60 Minuten im Drain nicht, so wurde das Tier getötet und seziert. Marlytampons verlieren bereits nach fünf Stunden die Fähigkeit, Flüssigkeiten herauszuleiten; letztere nehmen die ganze Bauchhöhle ein mit Ausnahme der den Tampon begrenzenden Teile derselben. Die Farbe floss nicht durch den Tampon, sondern zwischen Tampon und Bauchwunde heraus. Weniger Adhä-

sionen rufen Weichgummiröhren hervor. (Glasröhren leiten die Farbe noch nach $6^1/_2$ Stunden sehr gut ab.) (H. Jentter.)

102. Phélip und Tartois, Die Spülung des Peritoneums mit Äther bei der Behandlung akuter Peritonitiden. Ann. de Gyn. et Obst. p. 690. (Bericht über 32 Fälle von appendikulärer akuter Peritonitis bei Kindern. Vor der Anwendung des Äthers waren 16 Fälle mit zehn Todesfällen und sechs Heilungen beobachtet worden, davon zehn Fälle mit allgemeiner Peritonitis (acht Todesfälle, zwei Heilungen) und sechs Fälle von lokaler Peritonitis (zwei Todesfälle, vier Heilungen). Durch die Anwendung des Äthers bei weiteren 16 Fällen ergaben sich sieben Todesfälle und neun Heilungen. Die Autoren schliessen daraus auf eine günstige Wirkung des Äthers. Der Tod soll, wenn überhaupt, so später erfolgen als ohne Ätheranwendung. Darmokklusion kann möglicherweise durch die Ätheranwendung entstehen. Im Tierexperiment trat nach Anwendung von 300 ccm Äther (in die Bauchhöhle eines Hundes gegossen) keine peritoneale Reaktion ein. Beobachtungszeit 14 Tage. Anwendung beim Menschen: Bis zu 100 ccm Äther werden direkt in die Bauchhöhle geschüttet. Es tritt Rötung des Peritoneums ein. Es wird stets drainiert, so dass die Ätherdämpfe durch die Drainageöffnungen entweichen können. Andernfalls würde Meteorismus entstehen. Anhaltende narkotisierende Wirkung, peritoneale Reizerscheinungen wurden angeblich weniger als sonst beobachtet. Die Versuche sind nicht ganz rein, weil daneben auch Kochsalzinfusionen, Kampfer und alle möglichen anderen Medikamente angewendet wurden.

103. Pikin, Einige experimentelle Versuche zur Frage der Peritonitistherapie. Russki Wratsch. Nr. 51. (Bei eitriger Peritonitis an Versuchstieren sowohl, als auch an Menschen (bei Appendizitis, Typhus und Darmverletzungen) blieb die Kampferölbehandlung nach Hirschel ohne Erfolg. Bei gesundem Peritoneum spielt das Öl die Rolle eines Fremdkörpers und führt zu Verwachsungen, mit denen das Bauchfell allmählich fertig wird. Somit ist Kampferölbehandlung der wissenschaftlichen Basis beraubt. Wenn auch der Übergang von Bakterien in den Organismus verhindert wird, so bleibt die Resorption der Endotoxine bestehen. Als schwer resorbierbare Flüssigkeit ist das Öl nicht einwandsfrei und ruft schliesslich selbst Adhäsionsbildung hervor, statt sie zu verhindern.) (H. Jentter.)

104. — Experimentelles zur Peritonitisbehandlung. Wratsch. Gaz. Nr. 2. Sitzungsber. des XII. Kongr. russ. Chir. (Die Behandlung eitriger Peritonitis, sowohl bei Versuchshunden als auch bei Menschen mit Kampferöl blieb erfolglos. Alle starben. Bei experimenteller adhäsiver Peritonitis bei Hunden verhindert das Kampferöl die Bildung der Adhäsionen nicht, im Gegenteil, es bilden sich mehr Verwachsungen. Wird Kampferöl gesunden Hunden eingeführt, so führt es zuerst zu serösem Exsudat, dann zu fibrinösen Adhäsionen, welche jedoch nach zwei Monaten resorbiert werden.) (H. Jentter.)

105. Pollosson und Murard, Multiple Hydatidenzysten im Abdomen und Beckenraum. Lyon méd. 1912. Nr. 3.

106. Pomeraniecz, S., Über Heilungsresultate der operativen Bauchdeckenschnitte. Diss. Berlin. Juli.

107. Pothmann, Über die Tuberkulose des Bauchfells. Diss. Giessen 1912.

108. Propping, K., Die Rehnsche Behandlung der Peritonitis. Deutsche med. Wochenschr. p. 1096. (Eswird nur die von der Appendix ausgehende Peritonitis besprochen. Propping empfiehlt ausgiebige Schnitte rechts oder in der Mittellinie, reichliche Spülungen mit Kochsalz (10—40 l) und Douglas-Drainage. Die Bauchwand wird bis auf die Drainageöffnung exakt zugenäht, allenfalls Kontrainzisionen rechts und links. Propping rühmt die Vorzüge dieser Methode gegenüber der Lennanderschen Trockenbehandlung und der Rotterschen Modifikation der Douglas-Drainage.)

109. Puppel, Demonstration zur Frage: Gynäkologie oder Abdominalchirurgie. Monatsschrift f. Geb. Bd. 38. p. 486. (Puppel weist darauf hin, dass jeder, der im Abdomen operiert, die ganze Abdominalchirurgie, zum mindesten aber die Darmchirurgie gut beherrschen muss. Zur Illustration werden verschiedene Fälle demonstriert, so z. B. Peritonitis, vom gangränösen Wurmfortsatz ausgehend (Ausspülung, Gegeninzision, Heilung). Akute Appendizitiden. Dünndarmbauchdeckenfistel mit Ventralhernie nach Radikaloperation von eitrigen Adnextumoren. Therapie: Darmresektion, Enteroanastomose, Radikaloperation der Hernie. Endlich ein Fall von doppelseitiger Pyosalpinx, welche die Resektion eines Stückes Dünndarm notwendig machte.)

110. Rapin, M. O., Über den Querschnitt in der Gynäkologie. Presse méd. p. 472. (Mitteilungen über 42 Fälle von Faszienquerschnitt bei aseptischen Laparotomien mit gutem Erfolg.)
111. Reynès, H., Frühaufstehen der Laparotomierten. Acad. de Méd. 4 June 1912. La Gyn. p. 494. Ref. Wiener med. Wochenschr. p. 467. (Reynès tritt auf Grund seiner Erfahrungen für das Frühaufstehen ein, die Heilungsdauer wird wesentlich abgekürzt. Kontraindikationen sind: Fieber, schlechter Allgemeinzustand und mangelhafte Festigkeit der Bauchdecken. Reynès lässt am 2.—5. Tage aufstehen, vorher Aufsetzen und Bewegungen im Bette. Das Abdomen wird dabei fest bandagiert. Entlassung am 10. bis 20. Tage. Bericht über ausgezeichnete Resultate an gynäkologischen Fällen.)
113. Roca, M. A., Über Ileus bei tuberkulöser Peritonitis. La Presse méd. p. 355. (Darmokklusion kann durch Narben oder multiple Adhäsionen entstehen. Erstere ist operativ heilbar.)
114. Rosenstein, Zur Frage der prämonitorischen Symptome der Thrombose und Embolie. Leipzig bei Konegen. 1 Mark.
115. Rouffart und Potuin, Der suprapubische Querschnitt in der Gynäkologie. Journ. des Bruxelles. Nr. 3. (Auf Grund von 92 Operationen in fünf Jahren wird der Querschnitt empfohlen. Die Autoren halten ihn in 90% aller Fälle für indiziert. Kontraindikationen sind sehr grosse Geschwülste, Atrophie der Bauchmuskeln und Aponeurosen. Sehr dringliche Fälle (Extrauteringravidität) und eitrige Peritonitis.)
116. Russanow, Zur Pathologie der Tuberkulose des Bauchfelles und ihrer Behandlung mittelst Laparotomie. Inaug.-Diss. Moskau. (Russanow hat 20 eigene Fälle bearbeitet und kommt zu folgenden Schlüssen: Fast immer ist die Bauchfelltuberkulose sekundär (Lungen, Darm, weibliches Genitale). Nur ganz leichte Fälle im Kindesalter dürfen mit internen Mitteln behandelt werden. In allen anderen Fällen ist möglichst frühes Operieren indiziert. Der Erfolg ist von der Widerstandsfähigkeit des Organismus und vom Charakter des Prozesses bedingt. Grösste Vorsicht ist geboten bei adhäsiven Formen; Zerreissen der Adhäsionen ist zu vermeiden (Trauma des Darmes, Fisteln). Nur bei Symptomen des Ileus müssen die Adhäsionen gelöst werden. Die Entfernung des primären Herdes (Adnexe) bessert die Prognose, darf aber nur bei Abwesenheit ausgedehnter Adhäsionen vorgenommen werden. Der Bauchschnitt hat keine Exazerbation zur Folge und gibt sogar in sehr schweren Fällen zeitweilige Besserung. Dauernde Besserung (2—5 Jahre) ist in neun Fällen von 20 eingetreten. Letal endigten acht Fälle. In einem Falle Rezidiv, zwei Fälle sind verschollen. In sieben verstorbenen Fällen wurde bei der Operation kaseöse Degeneration der Granulationen gefunden.) (H. Jentter.)
117. Scheidtmann, Zur Frage der Peritonealdrainage bei Peritonitis diffusa. Deutsche med. Wochenschr. 1912. Nr. 35.
118. Schepelmann, Untersuchungen über die Peritonitisbehandlung mittelst Injektionen von Blut in die Bauchhöhle. Med. Klin. Nr. 3. (Artfremdes Blut ruft schwere lokale und allgemeine Erscheinungen hervor. Arteigenes Blut hat keinen Einfluss auf den Verlauf der Peritonitis.)
119. Schmidt, O., Zeitschr. f. Gebh. u. Gyn. Bd. 74. Die operative Behandlung der peritonealen und Genitaltuberkulose. (Nach Erläuterung von Pathogenese und Diagnostik wird über 37 Operationen mit 12 Todesfällen berichtet. Genauere statistische Angaben über Mortalität und Dauerheilung. Meist wurde abdominale Totalexstirpation des Genitales vorgenommen. Aber auch konservative Therapie mit kleineren Eingriffen (Curettage, Sectio alta mit Ausschabung der tuberkulösen Massen in der Blase) ergab gute Resultate. Auf Grund der primären Operationsresultate und der durch Nachuntersuchungen konstatierten Dauerheilungen empfiehlt Schmidt nebst Heilstättenbehandlung die Operation.)
120. Schuberth, G., Beiträge zum postoperativen Ileus. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 74. p. 500. (Als Ursachen fürden postoperativen Ileus werden angeführt: 1. mechanische Reize während der Operation auf Darm und Peritoneum, 2. Infektion der Bauchhöhle, 3. Verklebungen von Darmschlingen mit Wundflächen und Adhäsionssträngen, 4. Verschluss der Mesenterialgefässe. An der Hand von Krankengeschichten werden diese Ursachen erläutert. Unterscheidung von paralytischem und mechanischem Ileus. Prophylaktisch empfiehlt Schuberth möglichst wenig Darmentleerung vor der Operation. Laxantia per os sollen vermieden werden. Ein Klysma abends vor der Opera-

tion genügt. Nach der Operation Anregung der Peristaltik durch Wärme, Physostigmin, eventuell Glyzerinklysma. Die Operationsresultate bei postoperativem Ileus sind bis jetzt recht unbefriedigend, wie Schuberth meint, wegen zu langen Zuwartens.)

121. Schweninger, F., Frühaufstehen Operierter und Thrombophlebitis. Diss. München 1910.

122. Sick, Erfahrungen über aseptische und antiseptische Wundbehandlung. Deutsche med. Wochenschr. 1912. Nr. 45.

123. Sigwart, Die bakteriologische Kontrolle der Asepsis bei gynäkologischen Laparotomien. Arch. f. Gyn. Bd. 99. (Untersuchungen mittelst der Drei-Tupferprobe, wobei nebst Bouillon auch die Agarplatte verwendet wurde, so zwar, dass mit Blut und Gewebssaft durchtränkte kleinste Tupferstückchen in flüssigem Agar aufgeschüttelt und in die Platte ausgegossen werden. Das gesunde Peritoneum erwies sich dabei als äusserst leistungsfähig in der Überwindung von Keimen. Eine sichere Prognose der Wundheilung kann aus den bei der Operation gewonnenen bakteriologischen Befunden nicht gestellt werden. Auch hämolytische Streptokokken können überwunden werden. Es fehlt eben noch an einer Virulenzprobe für die Bakterien. Da das Peritoneum sich als widerstandsfähiger erwies als das Bindegewebe, tritt Sigwart für exakte Peritonealisierung ein.)

124. — Die Ausschaltung der Peritonitisgefahr bei der operativen Behandlung der Uterusruptur. Arch. f. Gyn. Bd. 100.

125. Smith, A., Stecknadeln in der Bauchhöhle. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Empire. Vol. 23. p. 118. (Bei einer Myomoperation wurden 10 stark verrostete Stecknadeln in der Bauchhöhle gefunden, davon einige in der Wand des Dünndarms, diesen zum Teil perforierend. Von Netzverwachsungen eingehüllt eine im Netz und drei in der Appendix. Wegen andauernder Schmerzen wurde nach einiger Zeit eine Relaparotomie vorgenommen, wobei drei weitere Nadeln, je eine im Dünndarm, Dickdarm und Netz gefunden wurden. Glatter Heilungsverlauf. Smith nimmt an, dass die Patientin die Nadeln in früher Kindheit beim Spiel verschluckt hat.)

126. Sougoux, Über die Behandlung der Peritonitiden mit Äther. Presse méd. p. 881. (Bericht über fünf Fälle mit günstigem Ausgang. 1. Peritonitis nach kriminellem Abortus trotz desolaten Zustandes der Patientin, Waschung des Peritoneums mit Äther und Drainage. Heilung. 2. Darmverschluss nach Ruptur einer Ovarialzyste, 3. universelle Appendixperitonitis, 4. Peritonitis nach Platzen einer Pyosalpinx, 5. Peritonitis infolge Inkarzeration einer Hernie.)

127. Ssokolowa, Die Resultate der Peritonitisbehandlung nach dem Material der chirurgischen Klinik des Medizinischen Instituts zu St. Petersburg. Wratsch. Gaz. Nr. 2. Sitzungsber. des XII. Kongr. russ. Chir. (Bericht über 74 Fälle. Am leichtesten ist der Verlauf bei Diplokokken und Staphylococcus albus, am schwersten bei Streptococcus longus und Bact. coli. Die Kranken, bei denen letztere im Blute gefunden wurden, starben alle. Spülungen der Bauchhöhle sind schädlich (besonders mit Salzlösung: Albuminurie, Ödeme, schlechte Granulationen). Es werden Kontraaperturen gemacht, Glasdrainage angewandt, Beckendrainage, Görstersche Lage, Sauerstoffinfusionen. Mortalität 45%). (H. Jentter.)

128. Stanmore, Nachbehandlung von Laparotomien. The Practitioner. Vol. 88. Nr. 1.

129. Steinberg, J., Desmoide Geschwülste der Bauchdecken an der Hand eines Falles. Diss. München 1912.

130. Stocker, S. jun., Jodtinktur bei trockener Peritonealtuberkulose. Schweiz. Rundschau f. Med. Nr. 18. (Tierexperimente am Kaninchen zeigten, dass peritoneale Infektionen mit Tuberkelbazillen durch gleichzeitige oder später angewendete Jodtinkturpinselungen unschädlich gemacht werden können. Stocker hat auch zwei Patientinnen mit trockener Peritonealtuberkulose behandelt und prompte schmerzlose Heilung erzielt.)

131. Stutzer, Über die Rolle des grossen Netzes im Kampfe mit der Infektion der Bauchhöhle. Diss. St. Petersburg. (H. Jentter.)

132. Sweetser, Postoperativer Ileus. St. Paul Med. Journ. Mai.

133. Szili, Jenö, A nöi genitaliák meybetegedésének viszonya az appendicitishez. Aus der Sitzung der ung. Chirurgenges. am 23.—25. Mai 1912. Ref. Orvosi Hetilap. Nr. 12. (Bei gynäkologischen Kölíotomien soll die Appendix nicht immer entfernt werden, sondern bloß, wenn sie krank erscheint, wenn die Frau zuvor Anfälle von Appendizitis hatte, oder wenn im Becken peritoneumleere Stellen zurückbleiben, die zum Anwachsen des Wurmfortsatzes Anlass geben könnten.) (Temesváry.)

134. Thomson, Eine Methode der Abdeckung der Stümpfe mittelst des runden Mutterbandes nach abdominalen Adnexentfernungen, nebst gleichzeitiger Antefixation der Gebärmutter. Journ. f. Geb. u. Gyn. 1912. p. 332. (Russ.)

135. Toth, István, Bemutatások a hassebészet höréböl. Aus der Sitzung der gyn. Sekt. des kgl. Ärztevereins am 4. März 1912. Ref. Orvosi Hetilap. Gyn. Nr. 2. (Bericht über fünf Fälle, in denen gelegentlich Baucheröffnungen der Gynäkologe extragenitale Erkrankungen operativ heilen musste.) (Temesváry.)

136. — S., Einige Fälle von Bauchchirurgie. La Gyn. p. 369. (Doppelseitiges intraligamentäres Kystom mit rechtsseitiger Pyosalpinx. Ureternaht, Heilung. Zystischer Tumor der Bauchwand.)

137. Turkiewicz, N., Beitrag zur Entwickelungstheorie der sog. freien Körper in der Bauchhöhle. Lwowski Tygodnik Lekarski. Nr. 11 u. 12. (Polnisch.) (So häufig freie Körper in Gelenkhöhlen beobachtet werden, die sog. Gelenkmäuse, so selten trifft man solche Gebilde in der Bauchhöhle an. Littré lenkte zuerst die Aufmerksamkeit auf solche Gebilde im Jahre 1703 als Nebenbefund bei Nekropsien. 1873 bearbeitete Vercontre die Frage eingehender, 1889 demonstrierte Demoulin zwei Fälle in der Pariser Société Anatomique. 1910 erschien die Arbeit von Hoche in Nancy, 1911 die Arbeit von Feuillet. Von 1703 bis jetzt sind im ganzen 49 Beobachtungen bekannt geworden, welchen Verfasserin zwei eigene Beobachtungen hinzufügt. Kugelförmige Gebilde mit glatter, glänzender Oberfläche, im Innern Detritus von Fettkrümeln und abgestorbenem Gewebe. Besprechung der Ätiologie, des mikroskopischen Baues und der chemischen Zusammensetzung. Literatur.) (v. Neugebauer.)

138. Veit, J., Peritoneale Fragen, nach eigenen Erfahrungen dargestellt. Prakt. Ergebn. d. Geb. u. Gyn. Bd. 5. Heft 2. (Veit verteidigt seinen von der Mehrzahl der anderen Operateure abweichenden Standpunkt in der Frage der Peritonisierung. Auf Grund von klinischen Erfahrungen und Tierexperimenten (von Lamers) wird ausgeführt, dass sich Defekte im Peritoneum der Bauchwand ohne Adhäsionsbildungen regenerieren können. Für die Adhäsionsbildung ist das Hinzutreten von Mikroorganismen die häufigste Ursache. Das Peritonisieren ist zeitraubend und vermehrt die Gefahr der Wundinfektion von aussen her. Das beste Kriterium für die Methode ist der Verlauf nach abdominalen Karzinomoperationen. Veit wendet dabei ausgiebigen Wundschutz für die Bauchdecken an, indem die Wundränder mit Billrothbatist und einem von Veit angegebenen fächerförmigen Spekulum geschützt werden (Abbildung des Instrumentariums beigegeben; erzeugt von Windler, Berlin). Nach Exstirpation des Uterus wird die Scheide und das Beckenbindegewebe breit offen gelassen. Die Resultate sind gut, der Vorteil liegt, wie erwähnt, in der Schnelligkeit der Beendigung der Operation. Die Trockenheit der Bauchhöhle und damit die aseptische Heilung wird durch den per vaginam erfolgenden freien Abfluss aus der Bauchhöhle erreicht. Zu diesem Zwecke werden die Kranken die ersten 4—5 Tage nach der Operation täglich für kurze Zeit ausser Bett gesetzt.)

139. — Über das frühe Aufstehen nach Entbindungen und Operationen. Prakt. Ergebn. der Geb. u. Gyn. 5. Jahrg. p. 74. (Veit erklärt sich das Zustandekommen der Thrombosen und Embolien aus infektiösen Ursachen und zieht aus seinen Erfahrungen den Schluss, dass das Frühaufstehen nach Operationen Embolien nicht verhindern kann. Ja es gibt sogar Fälle, in denen das Frühaufstehen schadet. Zweifellos nützlich ist das Frühaufstehen bei Kranken mit offengelassener Kommunikation zwischen Bauchhöhle und Scheide, wobei die Sekrete und Exsudate aus der Bauchhöhle so entleert werden sollen. In allen Fällen von tötlicher Embolie war Infektion nachzuweisen. Für die Vermeidung von Embolie ist daher nach Veits Ansicht Verhütung einer Infektion wichtiger als das Frühaufstehen. In gleicher Weise wie Infektionen können natürlich auch schon bestandene Krankheiten oder Gefässschädigungen wirken. Einen Vorteil bedeutet das frühe Aufstehen auch für Personen in höherem Lebensalter.)

140. Vértes, Oszkár, Egy éd laparotomiáiról. Gyógyászat. Nr. 17, 18, 19. (Bericht über die Laparotomien der Frauenklinik in Kolozsvár im Jahre 1912. Man operierte 16 mal wegen entzündlichen Erkrankungen der Adnexe, 14 mal wegen Karzinom, je 13 mal wegen Gebärmuttermyomen, Ovarialkystomen und ektopischer Schwangerschaft, dreimal wegen malignen Ovarialtumoren, einmal wegen Echinococcus des Beckenbindegewebes und fünfmal handelte es sich bloss um eine Probeinzision. Bei den 78 Laparotomien verlor die Klinik 15 Kranke.) (Temesváry.)

141. Wenczel, Th. v., Thrombosen und Embolien nach gynäkologischen Operationen. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 84. (Thrombose kann verursacht werden durch Störungen in der Blutzirkulation, Veränderungen der Gefässwände und abnorme Blutzusammensetzung. Infektion ist nicht unbedingt nötig. Prophylaktisch wird Hebung der Zirkulation und des Allgemeinzustandes empfohlen. In der Budapester Universitäts-Frauenklinik wurden 2% Thrombosen und über 1% Lungenembolien nach Laparotomien festgestellt. Nach Myomoperationen 4,6% Thrombosen.)

142. Wiegand, O., Hilfsoperationen am Darm zur Einleitung im Verlauf und als Folge gynäkologischer Operationen. Diss. Freiburg. Juli.

143. Williams, C. A. M., Appendixoperationen. Med. and Surg. Report of the Presbyt. Hospital. New-York 1912.

144. Woolsy, Über postoperativen Ileus. Med. and Surg. Record of Presbyt. Hospital. New York 1912.

145. Zakrshewsky, Bericht über 20 Laparotomien, ausgeführt in der gynäkologischen Abteilung des Michaelhospitals zu Tiflis im letzten Drittel des Jahres 1912. Wratsch. Gaz. Nr. 13. Sitzungsber. der kaukasischen Med. Ges. (H. Jentter.)

E. Sonstiges Allgemeines.

1. Albrecht, Die Bestimmung der Blutgerinnung vor gynäkologischen Operationen. Zentralbl. f. Gyn. p. 317.

2. — Zur Frage der inneren Sekretion der Mamma. 15. Versamml. d. deutsch. Ges. f. Gyn. Halle. (Eine frühzeitige operative Entfernung der Mamma bei jungen Lämmern hat keinen nachweisbaren Einfluss auf die Entwickelung der Tiere im ganzen, sowie auf Entwickelung und Funktion des Genitale.)

3. — Der asthenische Infantilismus des weiblichen Geschlechts und seine Bedeutung für die allgemeine und spezialistische ärztliche Praxis. Berl. klin. Wochenschr. p. 48. (Definition, Folgeerscheinungen am Magen-Darmkanal und Nervensystem. Erhöhte Krankheitsdisposition. Vor unnützer gynäkologischer und chirurgischer Therapie wird gewarnt.)

4. Amtschislawsky, Zur therapeutischen und diagnostischen Bedeutung der Tropfeninjektionen per rectum. Prakt. Wratsch. 1912. Nr. 45. (Tägliche rektale Tropfeninjektionen von Kochsalzlösung lösen arterielle Hyperämie aus und führen dadurch zu Resorption der Exsudate. Sie erhöhen Stoffwechsel und Diurese, sowie die Elimination der Toxine und führen zu Abfall der Körpertemperatur. Durch verringerte Schmerzhaftigkeit wird die Untersuchung erleichtert.) (H. Jentter.)

5. — Die Grundlagen der Diathermie. Prüfung der Eigenschaften diathermischer Ströme an durchsichtigen harten Objekten. Elektroden zur gefahrlosen Anwendung starker Ströme in der Gynäkologie. Wratsch. Gaz. Nr. 23. (Amtschislawsky hat eine Reihe Versuche angestellt, in denen er diathermische Ströme durch Objekte durchliess, an welchen die Wärmewirkung leicht erkenntlich war, z. B. Gelatine, Agar-Agar Er konstatierte, dass die Stromdichtigkeit, sowie die Erwärmung des Objektes lange nicht gleichmässig ist, nicht nur der ganzen Länge des interpolaren Zwischenraumes nach, sondern auch in verschiedenen Punkten des Querschnittes desselben. Der Strom geht immer den kürzesten Weg, von einer Elektrode zur anderen; die Stromdichtigkeit ist abhängig von der Form der Elektrodenoberfläche. Dies alles ist wichtig, um die Erwärmung dosieren zu können, denn bei grosser Stromdichtigkeit tritt Koagulation (Nekrose) ein, was auf Schleimhäuten (Uterus, Vagina, Rektum) schwer zu verhüten sein dürfte. Die zylindrischen vaginalen Elektroden verwirft Amtschislawsky als nicht zweckentsprechend, weil an verschiedenen Punkten derselben verschiedene Stromdichtigkeit zu beobachten ist, und stellt eine schaufelförmige Metallelektrode mit Kontrollthermometer vor.) (H. Jentter.)

6. Anikejew, Zur Desinfektion des Operationsfeldes und der Hände mittelst Spiritus und Jod. Journ. akusch. i shensk. bol. Juli-August. (Bericht über 120 Laparotomien mit Anwendung einer kombinierten Desinfektionsmethode (Kratochvil-Brunn-Grossich). Bei 109 Kranken prima intentio (91%). Die Hände wurden nach Ahlfeld desinfiziert, wobei als Seife die flüssige Benzinseife von Jasowoj zur Anwendung kam. Bakteriologische Untersuchungen erwiesen, dass in 82% der Fälle die Hände steril waren. Ausserdem prüfte Verf. die Grossich-Brunnsche Methode, indem

er Hautpartikel dem Operationsfelde entnahm und sie bakteriologisch untersuchte. Vor Anwendung der Methode erwies sich die Haut 39 mal von 40 infiziert, nach Anwendung derselben in 90% als steril. Aus zum Schluss der Operation entnommenen Hautstücken wuchsen in sechs Fällen von 40 Staphylokokken. In Versuchen mit künstlich infizierter Haut (Subtilis, Prodigiosus) wurden nur in zwei Fällen von 18 Kolonien des Subtilis erhalten. Schlusssätze: Die Grossich-Brunnsche Methode gibt bessere Resultate als die Desinfektion nach Fürbringer. Jodtinktur wirkt bakterizid und bedingt genügende Sterilität der Haut. Durch Jodtinktur verursachte Komplikationen sind selten. Die Methode ist technisch leicht, wird schnell ausgeführt; verdient daher weite Anwendung, sowohl in der Chirurgie als auch in der Gynäkologie.) (H. Jentter.)

7. Arnd und Rosea, Zur Frage der Sterilisation der Gummihandschuhe. Therap. Monatshefte. Sept. 1912.
8. Aronsohn, Die Hysterie als Kulturprodukt. Berl. klin. Wochenschr. 1912. Nr. 40.
9. Awstritz, Zur postoperativen Thrombophlebitis. Wratsch. Gaz. Nr. 13. Sitzungsber. d. chir. Ges. zu Moskau. (Das Material des Verf. umfasst 23 Fälle von Thrombophlebitis (auf 4991 Operationen 0,46%). Das linke Bein ist häufiger Sitz der Erkrankung als das rechte (von 23 Fällen kommen 13 auf die unteren Extremitäten, und davon 10 auf das linke Bein). Der grösste Prozentsatz der postoperativen Thrombophlebitiden fällt auf Laparotomiefälle (16 von 23). Bisweilen wird die Diagnose erst bei der Sektion gestellt (Mesenterial- und andere Venen der Bauchhöhle). Die Behandlung muss konservativ sein. Prophylaktisch ist das Frühaufstehen zu empfehlen.) (H. Jentter.)
10. Balas, Die Bedeutung chirurgischer Eingriffe bei Kindern. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 84.
11. Ballard, Nervöse Erscheinungen als Folge von Veränderungen in den Beckeneingeweiden. Amer. Journ. of Obst. March 1912.
12. Bandler, S. W., Die Bedeutung und der Wert des umgekehrten T-Schnittes in der vaginalen Chirurgie. Med. Record. Vol. 83. p. 1164.
13. Bellin, M., Behandlung der Serumzwischenfälle. Cont. R. de soc. de Biol. Tome 74. p. 173.
14. Benninghaus, G., Zur Bedeutung der endogenen Infektion in der Gynäkologie. Diss. Strassburg 1912.
15. Beresnegowsky, Intravenöse Hedonalnarkose. Chir. Arch. Weljaminowa. II. (Beresnegowsky berichtet über 45 intravenöse Hedonalnarkosen und eine Reihe Tierversuche. Er sah an seinen Patienten mehrere Male Sistieren der Atmung, Exzitation beim Erwachen, Erbrechen, Verminderung der Harnmenge. An den Versuchstieren kamen zur Beobachtung Fallen des Blutdruckes, des Hämoglobingehalts, Ödem und Blutungen in den Lungen, Stauung und Degeneration der Nieren, Schrumpfung und Blutungen in den Lungen, Stauung und Degeneration der Leberzellen, fettige Degeneration der Nieren, Schrumpfung des Protoplasmas, Homogenisation und Schwund der Nisslschen Körner in den Nervenknoten des Herzens. Es hat also das Hedonal bei intravenöser Applikation so manche Schattenseiten aufzuweisen; und in dieser Hinsicht nimmt es eine Mittelstellung ein zwischen Chloroform und Äther.) (H. Jentter.)
16. Bernstein, M., Temporäre Embolie der Art. mesent. sup. Journ. Amer. med. Assoc. Febr. 15.
17. Bertrand, Sterilität aus gonorrhoischem Ursprung. Diss. Paris 1912.
18. Binz, F., Zur Kasuistik der Pfählungsverletzungen. München, Kutzner.
19. Blumberg, Neue Operationen zur Sterilisierung des Weibes mit Möglichkeit der späteren Wiederherstellung der Fruchtbarkeit. Berl. klin. Wochenschr. p. 729. (Beschreibung einer an sechs Fällen erprobten Operationsmethode, die darin besteht, dass das Ovarium in einer durch das Lig. latum gebildeten Tasche an der Rückseite des Uterus befestigt wird. Die Operation kann auch vaginal ausgeführt werden und hinterlässt gar keine Störungen.)
20. Van den Broek, A. J. P., Die Verdoppelung der äusseren Geschlechtsteile und das gespaltene Becken, aufgefasst als Duplicitas posterior. Ned. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. 23. Jahrg. 2. Lief. (Mendes de Leon.)
21. Bromann, J., Geschlechtliche Sterilität und ihre Ursachen, nebst einem Anhange über künstliche Befruchtung bei Tieren und Menschen. Wiesbaden, J. F. Bergmann. 1912. 32 p. 60 Pfg.

22. Brüning, A., Einfacher Handschutz bei eitrigen Operationen. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 31. (Einreiben der Hände mit Borvaseline. Nach der Operation einfaches Waschen mit heissem Wasser und Seife ohne Bürste.)

23. Buchmann, Allgemein lokale Anästhesie mit Pantopon-Roche und Kokain. Russki Wratsch. Nr. 43. (Bericht über 456 Operationen, darunter 123 Appendektomien und 172 Herniotomien. Zwei Stunden vor der Operation wird 1,1 Pantopon-Roche (2%) injiziert, unmittelbar vor der Operation 2—12 ccm warmer ½%iger Kokainlösung mit Zusatz von 1—2 Tropfen Adrenalin (1 : 1000) auf 10 ccm der Lösung. Die allgemein lokale Anästhesie mit Pantopon-Roche und Kokain ist indiziert in gewissen Fällen zwecks Ruhigstellung des Darmes. Pantopon ist dem Morphium vorzuziehen, weil es die Psyche des zu Operierenden besser beeinflusst. Die durch Pantopon hervorgerufene Anästhesie dauert länger als nach Morphium. Die postoperative Harnverhaltung ist nach Pantopon kürzer als nach Morphium. Angesichts des späten Eintrittes der Anästhesie ist Pantopon bei plötzlich indizierten Operationen nicht zu gebrauchen.) (H. Jentter.)

24. Bucklin, Eine neue tragbare und verstellbare Stütze einfacher Konstruktion zur Freilegung und zur Operation am Perineum. Berl. klin. Wochenschr. 1912. Nr. 44.

25. Burdsinsky, Bericht der gynäkologischen Abteilung des Landschaftshospitals zu Tambow fürs Jahr 1909. Tambow 1911. (H. Jentter.)

26. — Bericht der gynäkologischen Abteilung des Landschaftshospitals zu Tambow fürs Jahr 1910. Tambow 1911. (H. Jentter.)

27. Bucura, C. J., Geschlechtsunterschiede beim Menschen, eine klinisch-physiologische Studie. Wien und Leipzig, bei Alfred Hölder. (Es werden zunächst die somatischen Geschlechtsunterschiede besprochen. Skelett, Muskulatur, Haut, Behaarung und Brüste werden in dieser Hinsicht verglichen. Auch das anatomische Verhalten des Nervensystems, des Atmungs- und Verdauungstrakts und des Blutgefässsystems zeigt geringfügige Geschlechtsunterschiede. Eine besondere Stellung in den Geschlechtsverschiedenheiten ist den Drüsen mit innerer Sekretion zuzusprechen. Die Beziehungen der Schilddrüse, Hypophyse und Nebenniere zum weiblichen Sexualsystem sind besonders intensive. Die Geschlechtsunterschiede der Keimdrüsen haben begreiflicherweise den weitgehendsten Einfluss auf den Gesamtorganismus. Die Entstehung der sekundären Geschlechtscharaktere, die verschiedenen Folgen der Kastration bei beiden Geschlechtern werden geschildert. Bucura zieht aus seinen Untersuchungen den Schluss, dass der Ausfall der Keimdrüsen, auch wenn er recht frühzeitig erfolgt, für den weiblichen und männlichen Organismus nicht von den ganz gleichen Folgen begleitet ist, dass es also Geschlechtsunterschiede gibt und zwar nicht unwesentliche in bezug auf die innere Sekretion der Keimdrüsen. Anschwellen und Abklingen der Keimdrüsensekretion bedingt die Erscheinungen der Pubertät und des Klimakteriums, wobei eine umgrenzte Anzahl von Geschlechtsunterschieden zur Vollentwickelung bzw. Rückbildung gelangt. Die Geschlechtsunterschiede des Geschlechtslebens bestehen darin, dass der Geschlechtstrieb der Frau primär und periodisch auftritt, im Gegensatz zu dem des Mannes. Dabei hat die Frau viel grössere und zahlreichere Hemmungen zu überwinden als der Mann, weswegen sie den Eindruck einer stärkeren Passivität erweckt. Die Intensität des Geschlechtstriebes dürfte wohl bei beiden Geschlechtern, ganz abgesehen von den Hemmungen, gleich sein. Ein weiterer Abschnitt handelt über die psychischen Geschlechtsunterschiede, von denen die grössere Emonotionalität, der grössere Einfluss des Unbewussten auf Denkarbeit und Handeln, der geringere Bewußtseinsumfang im Vergleich zum Bewusstseinsgrade, die lebhaftere Phantasie, die Vorliebe für das Konkrete und Abneigung gegen das Abstrakte und endlich die ererbte Richtung der geistigen Begabung bei der Frau hervorgehoben werden. Im Umfang und Verfügbarkeit des Wissens findet Bucura keine tiefgehenden Unterschiede zwischen Mann und Frau. Eigenschaften, welche bei der Frau häufiger angetroffen werden als beim Manne sind Unberechenbarkeit, mangelhafte Zeitberechnung, Konservativismus, eine gewisse Passivität Mässigkeit in körperlichen Bedürfnissen, gering entwickelter Gerechtigkeitssinn, Neigung zu Eifersucht und leichtere Auffassung von Ehrlichkeit und Wahrheitsliebe. Dagegen sind Willensstärke, Pflichtgefühl, Freundschaft und Liebe wohl qualitativ nicht, aber quantitativ von der des Mannes unterschieden. Beim Menschen überwiegt die Erzeugung des männlichen Geschlechts um ein beträchtliches die des weiblichen Geschlechts. Doch ist die Mortalität bei den Männern um so viel grösser, dass ein Überschuss von Frauen entsteht.

Die Vitalität des Mannes ist also eine geringere als die der Frau, und zwar bereits im intrauterinen Leben. Einer Zeugung von 150 Männern entspricht ungefähr eine solche von 100 weiblichen Individuen. Infolge erblicher Konstitutionsanomalie, die an das männliche Geschlecht in höherem Masse gebunden sind, entsteht eine viel grössere Sterblichkeit im Fötalalter und in der zartesten Kindheit. Auch im späteren Leben weist das weibliche Geschlecht eine geringere Sterblichkeit auf, wohl infolge der weniger exponierten Lebensbedingungen der Frau. Unter den Selbstmördern sind Männer in weitaus überwiegender Zahl vertreten (100 zu 29). Soziale, psychische und biologische Momente erklären dieses Verhalten. Ähnliches gilt für die Kriminalstatistik. Degeneration, Alkoholismus und soziale Momente spielen auch hier die Hauptrolle. An den Schluss der Monographie stellt Bucura den Versuch, die Genese der Geschlechtsunterschiede zu erklären. Es gibt Geschlechtsmerkmale verschiedener Wertigkeit und verschieden starken Gebundenseins an das Geschlecht. Aber auch Geschlechtsunterschiede, die nur aus der verschiedenen Nebenstellung, aus dem äusseren Milieu des Geschlechtes hervorgehen. Sexualzellen und Somazellen sind bis zu einem gewissen Grade selbständig, so dass die Somazellen sich nach der eigenen Geschlechtsbestimmung entwickeln würden, auch wenn man den Einfluss der Geschlechtszellen primär ausschalten könnte. Allerdings wäre die geschlechtliche Entwickelung dann eine recht unvollkommene. Bucura stellt sich vor, dass schon im Embryonalleben, und zwar gleich nach der Befruchtung, die Sexualzellen von Einfluss auf die Geschlechtsunterschiede des Somas sind. Seinen Höhepunkt erreicht dieser Einfluss in der Pubertätszeit. Pathologischerweise und durch die Altersinvolution endokriner Drüsen können auch im späteren Leben Veränderungen der äusseren Erscheinung des Menschen auftreten, die sich von heterogenen Geschlechtsmerkmalen nur durch ihre Genese unterscheiden. Gelänge es, schon primär die Geschlechtszellen mit solchen des anderen Geschlechtes auszutauschen, so würde man ein dem Pseudohermaphroditen entsprechendes Individuum erhalten. Kastration und Austausch der Keimdrüsen mit andersgeschlechtlichen in der frühesten Jugend (Steinach) kann das primäre Somageschlecht nicht ändern, wohl aber einige Geschlechtsmerkmale beeinflussen, und zwar die, welche direkt oder indirekt vom Keimdrüsenhormon abhängen. Eine Umpflanzung der Keimdrüsen bei Erwachsenen bzw. geschlechtsreifen Individuen übt nach Bucuras eigenen Untersuchungen keine sichtbaren Wirkungen mehr aus. Ausführliche Literaturangaben.)

28. Burckhard, G., Die Dauererfolge zwölfjähriger operativer Tätigkeit. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 75.
29. Burgl, Die Hysterie und die strafrechtliche Verantwortung der Hysterischen. Stuttgart 1912. F. Enke.
30. Buttersack, Latente Erkrankungen des Grundgewebes, insbesondere der serösen Häute. Stuttgart 1912. Verlag Enke.
31. Byford, H. T., Die Rolle der Anämie bei Operationen. Amer. Journ. of Obst. p. 319.
32. Mc Cann, Klinischer Vortrag über einige häufige Fehler in der Behandlung von Frauenleiden. Klin. Journ. Bd. 42. p. 113.
33. — Fortschritte auf dem Gebiete der Frauenkrankheiten 1912. Practitioner. March. (Übersichtliches Referat.)
34. Cholodkowsky, 1000 Köliotomien (abdominale und vaginale). Diss. St. Petersburg. (H. Jentter.)
35. Cholzow, Gonokokkenerkrankungen in der Chirurgie. Sero- und Vakzinetherapie. Russki Wratsch. Nr. 38, 39. (H. Jentter.)
36. Credé-Hörder, Löcher im Gummihandschuh. Deutsche med. Wochenschr. 1912. Nr. 51.
37. Croner, F., Lehrbuch der Desinfektion. Leipzig, Klinkhardt. (Erläuterungen aller einschlägigen Fragen, besonders der Abtötung von pathogenen Keimen durch physikalische und chemische Methoden, ohne jede Mitarbeit des menschlichen oder tierischen Organismus. Gross angelegtes Nachschlagewerk.)
38. Cullen, T. S., Operationen von Patienten mit einem Hämoglobingehalt von 40% oder darunter. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 17. Nr. 3. (Im allgemeinen werden Operationen von hochgradig Anämischen gut vertragen. Bei der Nachbehandlung ist die Transfusion angezeigt. Abführmittel sind gefährlich.)
39. Czyborra, A., Über Hämophilie bei Frauen. Monatsschr. f. Geb. Bd. 37. p. 487.
40. Dobbert, 1000 Leibschnitte. Journ. akusch. i shensk. bol. April. (Dobbert berichtet über 1000 im Alexandrastift zu St. Petersburg ausgeführte Köliotomien. Es

starben 36 Patientinnen = 3,6%, wobei für die ersten 500 Operationen die Sterblichkeit 5,2% betrug, für die zweiten 500 2,0%. Verf. bespricht Vorbehandlung, Desinfektion (Jodbenzin-Jod), Narkose (Chloroform-Äther-Mischnarkose), Schnittführung (Querschnitt), Technik (sie ist ausschlaggebend für den Erfolg), Autoplastik, Drainage (nur des Beckenzellgewebes), Nahtmaterial (nur resorbierbares, Seide für isolierte Unterbindung der Uterina und Darmnaht). Verf. tritt der Frage über Handschuhe und verstärkten Wundschutz näher und weist an seinem Material nach, dass die Einführung des letzteren keineswegs zu Verringerung der Anzahl sporadischer Todesfälle geführt hat. Und wenn auf die ersten 500 Operationen 3,4% an septischen Prozessen zugrunde gegangene entfallen, während auf die zweiten 500 nur 0,5%, so liegt der Grund nicht in der Technik der Desinfektion, sondern im strengen Durchführen des Prinzips der Neuinfektion, ferner in häufigerem Operieren per abdomen, grösserer Erfahrung und technischer Übung der Operateure. Die bedeutende Besserung, welche in den Serien der ohne Handschuhe ausgeführten Laparotomien zu beobachten ist, sowohl hinsichtlich der Gesamtsterblichkeit als auch der Sterblichkeit an septischen Prozessen, berechtigt Verf. zur Behauptung, dass auch ohne Handschuhe günstige Resultate erzielt werden können und dass sie durch technische Vervollkommnung noch günstiger sein können. Das Studium des Laparotomiematerials, mit Handschuhen und ohne dieselben, erweist, dass nach Einführung von Handschuhen die Gesamtmortalität nicht gefallen ist, die Sterblichkeit an septischen Prozessen nur scheinbar eine geringere ist. Absolut keimfreies Operieren garantieren Handschuhe keineswegs. Bei eitrigen Adnexoperationen punktiert Verf. die Eiterherde nie, er legt das Hauptgewicht auf das Abdecken der Bauchhöhle und exstirpiert, wenn nötig, das ganze Genitale nach Faure-Kelly. Wird das kleine Becken zur Scheide heraus drainiert, so wird es von der Bauchhöhle isoliert durch Überdachung mittelst des Uterus oder der Flexur. Bei radikaler Operation wird diese Isolierung erzielt durch Vernähung des Blasenperitoneums mit dem des Rektum. Zur Autoplastik werden auch Appendizes epiploicae und Netz benutzt. Von allen Methoden der Hysterektomie gibt Verf. der Mackenrodtschen den Vorzug. Die mittlere Dauer der einzelnen Operationen ist bei Anwendung von Handschuhen länger, hat aber die Wundheilung keineswegs beeinträchtigt. Bauchdeckeneiterungen scheinen bei Handschuhen seltener zu sein. Unerklärt bleibt die Tatsache, dass seit Einführung von Handschuhen die Zahl einmaliger Temperatursteigerungen grösser geworden ist. Embolie findet sich in der letzten Serie häufiger als Sepsis. Schlusssätze: Bei abdominellen Operationen lassen sich gute Resultate zeitigen auch ohne Handschuhe, wenn die Technik tadellos ist. Handschuhe geben eine grössere Sicherheit in der Asepsis der Operation und garantieren bessere Heilung der extraperitonealen Wunden. Andererseits sichern sie nicht günstigen Verlauf, falls die Technik nicht einwandsfrei ist.) (H. Jentter.)

41. Driessen, Reiseerfahrungen. Ned. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. 23. Febr. (Driessen berichtet über seine Reiseerfahrungen betreffs der Anwendung der Röntgen- und Radiumtherapie in der Gynäkologie, wie er sie in Deutschland sah. In der Diskussion äussern Nijhoff und Kouwer ernste Bedenken gegen die Anwendung der Röntgenstrahlen bei Myom, da hierdurch der Tumor bleibe, doch die Ovarien vernichtet würden. Auch sei nichts über die Nebenwirkungen bekannt. De Smitt dagegen hat günstige Erfahrungen gemacht.) (Mendes de Leon.)

42. Drügg, Die Koagulation des Blutes und ihre Verwertung in Geburtshilfe und Gynäkologie. Bonn, Marcus und Weber.

43. Dubois, Zur Frage der sogenannten Ausfallserscheinungen. Monatsschr. f. Geb. Bd. 37. p. 206.

44. Eberhardt, Das Automobil im Dienste der Volkshygiene, vom gynäkologischen Standpunkt aus. Monatsschr. f. Geb. Bd. 37. p. 399.

45. Elgart, Neue Methoden und Versuche mit der Transplantation. (Czechisch.) Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 749.

46. Faklin, Zur Keimprophylaxis in der Chirurgie. Wiener klin. Wochenschr. 1912. Nr. 51.

47. Falk, Experimenteller Beitrag zur Röntgenbehandlung der Peritonealtuberkulose. 84. Versamml. d. Naturf. u. Ärzte. 1912. (Bei 22 Meerschweinchen trat in den Fällen, wo nur Peritoneum und Netz ergriffen war, nicht aber Leber, Milz und Nieren, nach Röntgenbestrahlung Dauerheilung ein, im Gegensatz zu Kontrollversuchen ohne Bestrahlung.)

48. Fehling, H., Ehe und Vererbung. F. Enke, Stuttgart. (Populärer Vortrag.)

49. Fellner, O. O., Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung von Gewebsextrakten aus der Plazenta und den weiblichen Sexualorganen auf das Genitale. Arch. f. Gyn. Bd. 100. p. 641. (Alkohol-Ätherextrakte aus Ovarium, Corpus luteum und Plazenta rufen am Genitale Hyperämie, Hypertrophie des Uterus und charakteristische Veränderungen der Scheidenschleimhaut hervor.)

50. — Tierversuche zur inneren Sekretion. 15. Versamml. d. deutsch. Ges. f. Gyn. Halle.

51. Fraenkel, L., Untersuchungen über die sog. Glande endocrine myometriale. Arch. f. Gyn. Bd. 99. (Die von Ancel und Bouin entdeckte innersekretorische Drüse im Uterus schwangerer Kaninchen wird des Genaueren beschrieben. Fraenkel hat die Untersuchungen auf die verschiedensten Säugetieruteri und auf menschliche Uteri ausgedehnt, hat die Drüse aber nicht konstant finden können. Jedenfalls sind noch weitere Untersuchungen darüber nötig.)

52. Franz, R., Über die Wirkung des Pituitrins bei postoperativer Harnverhaltung. Mitteilungen des Vereins der Ärzte in Steiermark. 1912. Nr. 4.

53. Frey, Warum wird gerade 70%iger Alkohol so stark bakterizid? Deutsche med. Wochenschr. 1912. Nr. 35.

54. Friedmann, L., Die Genitaltuberkulose des Weibes. Diss. Freiburg.

55. Genther, Über Selbstverletzungen Hysterischer. Journ. f. Geb. u. Gyn. 1911. p. 1349. (Russisch.)

56. Gorwitz und Obolenskaja, Zur Kasuistik der Riesengeschwülste der weiblichen Genitalsphäre. Journ. akusch. i shensk. bol. Nov. (1. 45jährige Multipara, Leibesumfang 116 cm. Bei der Laparotomie erwies sich der Tumor als retroperitoneal entwickeltes Fibrom. Ein Harnleiter war durch Kompression zu einem riesigen Hydroureter aufgetrieben. Enukleation der Geschwulst. Abtragung der Gebärmutter. Drain durch die Scheide. Post operationem Cystitis. Heilung. Der Tumor wog 17 kg. Mikroskopisch: Fibroma uteri retrocervicale lymphangiectodes. 2. 38jährige Patientin, Leibesumfang 109 cm. Laparotomie. Bei der Punktion entleerten sich 1200 g kolloidaler Flüssigkeit. Der 22 Pfund wiegende Tumor erwies sich als subseröses Zystomyom. Heilung. 3. Multipara mit 128 cm Leibesumfang. Sub operatione wurde durch Punktion der Zyste 22,600 g Flüssigkeit herausgelassen. Die Zyste gehörte dem linken Eierstock an. Der Uterus war in toto torquiert. Heilung. Cystoadenoma glandulare. Schlusssätze: Die Diagnostik der Riesentumoren ist schwer und meistens nur sub operatione zu stellen. Dem abdominalen Wege ist unbedingt der Vorzug zu geben. Zwecks Verhütung von Läsion der Gefässe und Ureteren ist die Präparationsmethode anzuwenden. Am wichtigsten ist peinlichste Hämostase. Die Autoplastik des Bauchfells dient als prophylaktisches Mittel gegen Darmverschluss und septische Erkrankungen.) (H. Jentter.)

57. Gross und Barthélemy, Sterilisation durch Formoldämpfe. Presse méd. p. 831. (Nebst den übrigen Methoden hat sich auch diese bewährt. Ein von Collin konstruierter Apparat ist imstande, in 24 Stunden Oberfläche und Tiefe von Verbandmaterial, besonders aber Handschuhe und Nahtmaterial einwandsfrei zu sterilisieren. Bei einer Temperatur von 55° geht der Prozess viel rascher vor sich.)

58. Gross und Heully, Genitalblutungen in die Bauchhöhle ausserhalb der Schwangerschaft. Arch. mens. d'Obst.

59. — — Intraperitoneale Hämorrhagien, vom nichtgraviden Genitale ausgehend. Arch. mens. d'Obst. de Gyn. p. 462. (Die an sich seltenen Blutungen dieser Art können sein: 1. Menstruelle Blutungen durch die Tube in den Bauchraum, 2. Hämatosalpinx ausserhalb der Schwangerschaft, 3. Blutungen aus einem Ovarialfollikel oder Corpus luteum.)

60. Hauser, H., Die differentialdiagnostische und therapeutische Behandlung der Gonokokkenvakzine in der Gynäkologie. Hab.-Schr. Rostock. und Arch. f. Gyn. Bd. 100. Heft 2. (Die diagnostische Vakzination ist nach Hausers Erfahrungen, wenn auch kein sicheres, so doch bei kritischer Beurteilung brauchbares Hilfsmittel anzusehen. Therapeutisch hatte Hauser auch bei schweren Fällen befriedigende Resultate, besonders bei den nicht ins chronische Stadium übergegangenen Adnextumoren. Auch bei Cystitis sollen die Vakzine rasch spezifisch heilend wirken. Auch die Cervixgonorrhoe wird günstig beeinflusst. Das Mittel ist nicht ganz ungefährlich und muss unter Berücksichtigung aller Kautelen angewendet werden.)

62. Hecht, A. F., und Nobel, Elektrographische Studien über Narkose. Zeitschr. f. exp. Med. Bd. 1. (Die bei vorgeschrittener Narkose auftretenden Reizleitungsstörungen des Herzens können im Tierexperiment durch Vagusdurchschneidung oder Atropin behoben werden. Das Adrenalin wirkt in solchen Fällen nicht günstig.)

63. Hegler, Echter Bartwuchs bei einer 32jährigen, an Phthise verstorbenen Patientin. Ref. Berl. klin. Wochenschr. p. 518. (Es bestand eine im übrigen völlig weiblicher Habitus, regelmässige Menses. Reichliche Hautpigmentierungen, Vorderarme und Hände zwergartig klein. Bemerkenswert ist die Vergrösserung des linken Epoophoron, welches vielleicht eine der Epididymis entsprechende innere Sekretion als analoges Zwitterorgan entfaltet hat. Bemerkenswert ist ferner die Haematoporphyria congenita, insbesondere an den Knochen.)

64. — Ein Fall von weiblichem Bartwuchs. Ärztl. Verein in Hamburg. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 436. (Photographie und Sektionspräparate einer 32jährigen Kranken, welche an Phthise zugrunde ging. Auffallend war ein stark entwickeltes Epoophoron. Der Bartwuchs trat mit dem Einsetzen der Menses im 18. Lebensjahr deutlich auf.)

65. Hellendall und W. Fromme, Erwiderung auf die von R. Schäffer gegen unsere Arbeit „Der Handschuhsaft" erhobenen Einwände. Zentralbl. f. Gyn. p. 619.

66. Heng, Über den Einfluss von Berufsarten auf die Entstehung von Frauenkrankheiten. Strassburg, Müh.

67. Himmelfarb, Marion Sims und seine Bedeutung in der Gynäkologie. Wratsch. Gaz. Nr. 9. Sitzungsber. des Ärztevereins zu Odessa. (H. Jentter.)

68. Hirsch, M., Frauenerwerbsarbeit und Frauenkrankheit. Monatshefte. Bd. 38. Verhandl. des 6. Intern. Kongr. f. Geb. u. Gyn. Sept. 1912. (Hirsch fordert 1. besondere hygienische Massnahmen, welche den besonderen Verhältnissen des weiblichen Geschlechtslebens angepasst sind. Vorbedingung ist das genaue Studium der Pathologie der weiblichen Berufskrankheiten. Ein wesentlicher Teil derselben fällt dem Gynäkologen zu.)

70. Hofmeier, Bericht über die gynäkologische Sektion der 85. Naturforscherversammlung. Ref. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 74. p. 1038.

71. Hofstaetter, Unser Wissen über die sekundären Geschlechtscharaktere. Sonderabdruck a. d. Zentralbl. f. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 16. Nr. 2 u. 3. Verlag G. Fischer, Jena 1912. (Unter Verwendung von 2324 Literaturquellen gibt Hofstaetter eine vorzügliche Übersicht über den derzeitigen Stand der Frage. Nach Erörterung des Begriffes der sekundären Geschlechtscharaktere und deren allgemeiner Bedeutung werden zunächst die Geschlechtsunterschiede besprochen. Ein Abschnitt ist der Lehre von der Geschlechtsbeeinflussung und Geschlechtsbestimmung gewidmet. Das grösste Kapitel bezieht sich, wie es der derzeitigen Forschungsrichtung entspricht, auf die Beziehungen innersekretorischer Organe zu den sekundären Geschlechtscharakteren. Auf breitester physiologischer und vergleichend anatomischer Basis, werden die Erscheinungen der Kastration im Pflanzen- und Tierreich besprochen. Auch die Rückwirkung auf die übrigen Blutdrüsen findet eingehende Berücksichtigung auf Grund der Literatur und zahlreicher eigener Erfahrungen. Von grossem Interesse ist das Kapitel über den Einfluss von Klima, Rasse und Lebensweise, insbesondere der sexuellen Gewohnheiten auf das Verhalten der Menstruation. Auch die Fragen der Erblichkeit werden berührt. Zum Schlusse werden die Physiologie und Pathologie der Pubertät, der Pseudohermaphroditismus und der Geschlechtstrieb abgehandelt. Im Resumé wird darauf hingewiesen, dass die Ansicht von Tandler, die Geschlechtsunterschiede seien nichts anderes als Art- und Rassencharaktere, die in ihrem Vorkommen auf ein bestimmtes Geschlecht gedrängt werden, als die feststehendste aller einschlägigen Theorien zu gelten hat.)

72. Hope-Lewis, Über Tubendilatation bei Sterilität. Brit. med. Journ. 12. Juli. (In zwei Fällen Sterilität wurden die stenosierten Tuben per laparotomiam entfernt, daraufhin trat Gravidität ein.)

73. Hunter, Die Rolle der Frau in der sterilen Ehe. Amer. Journ. of Obst. Surg. Vol. 26.

74. Hüssy, P., Ein Fall von tödlicher Peritonitis nach Laminariadilatation. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 17.

75. Jarmann, Physiologische und anatomische Resultate nach gynäkologischen Operationen. (Jarmann ist für möglichst konservatives Vorgehen im Interesse der möglichst lang zu erhaltenden Genitalfunktion.)

75a. Jaschke, R. Th., Der klimakterische Symptomenkomplex in seinen Beziehungen zur Gesamtmedizin. Prakt. Ergebn. d. Geb. u. Gyn. Bd. 5. Heft 2. (Besprechung der klimakterischen Veränderungen am Genitale, vor allem der klimakterischen Blutungen. Am Herz- und Gefässapparat treten verstärkte vasomotorische Erscheinungen auf. Herzbeschwerden sind ziemlich häufig. An der Haut zeigt sich Neigung zur Fettanhäufung, Entstehung von Lipomen, seltener Adipositas dolorosa, ferner trophoneurotische Störungen, Ekzeme, Akne, Urtikaria, Ödeme, Sklerodermie, Pigmentierung, Pruritus, Hyperhydrosis und lokale Hypertrichose. Veränderungen am Respirationstrakt sind Rhinopharyngitis und Laryngitis sicca, polypöse und adenoide Wucherungen in Nase und Kehlkopf, Hypersekretion aus der Nase mit Trigeminusneuralgie, endlich Dyspnoe, meist in Form von tachykardischen Anfällen. Am Digestionstrakt sind Störungen von seiten des Magens und Obstipation am häufigsten. Hämorrhoiden, seltener hochsitzende Darmblutungen sind gleichfalls zu beachten. Am Harnapparat sind hauptsächlich nervöse Störungen von seiten der Blase, aber auch Cystitis und Pyelitis für das Klimakterium charakteristisch. Knochen und Gelenke zeigen gichtische und arthritische Veränderungen. Der Stoffwechsel ist gleichfalls häufig gestört, Fettsucht, gichtähnliche Störungen, Diabetes und herabgesetzte Kohlehydrattoleranz werden oft beobachtet. Nur eine ganz geringe Zahl von Frauen bleibt im Klimakterium von Beschwerden im Bereiche des Nervensystems gänzlich verschont. Man kann häufig von einer „klimakterischen Neurose“ sprechen. Auch die Psyche ist oft alteriert. An den Sinnesorganen sind gleichfalls häufig Steigerung der Reizbarkeit und Empfindlichkeit zu konstatieren. Die theoretische Erklärung für diesen Symptomenkomplex scheint im wesentlichen in der Annahme einer Unterfunktion des Ovariums zu liegen. Der allmähliche Ausfall der Ovarialhormone mit rascherer oder langsamerer Herstellung eines neuen Gleichgewichtszustandes bedingt einen glandulären Symptomenkomplex, infolgedessen Symptome von seiten des autonomen und sympathischen Nervensystems ausgelöst werden.)

78. Iljin, Luftembolie. Journ. akusch. i shensk. bol. Nov.-Dez. (Experimentelle Arbeit an Hunden. Tritt die Luft in die Venen bei niederem Druck ein (etwa um 0), so ist die Gefahr fürs Leben um so geringer, je niedriger der Aussendruck. Die Luftmenge kann dabei sehr gross sein. Einblasen von Luft in die Venen bei 10 mm Druck und mehr löst den Tod des Hundes aus, jedoch bedarf es einer bedeutenden Menge Luft, die plötzlich die Lungenarterie und deren Verzweigungen verlegen kann. Bei Ansaugen von Luft durch noch am Thorax gelegene Venen tritt rasch der Tod ein, da dadurch ein so rapider Luftstrom erzeugt wird, dass die Lunge verlegt wird und die Zirkulation stockt. Die Luft wird aus dem Blut des Hundes sehr schnell entfernt: nach $6^1/_2$ Stunden bereits ist keine Luft mehr zu finden. Nach drei Stunden sind kleine Luftblasen und zwar nur im rechten Ventrikel zu entdecken. Verf. hält das von ihm beschriebene mikroskopische Bild des Lungengewebes für pathognomonisch für Luftembolie und verlangt in jedem Falle von Tod an Luftembolie genaue mikroskopische Untersuchung des Lungengewebes. Die Todesursache bei Luftembolie liegt in dem plötzlichen Anfüllen zahlreicher Lungenkapillaren mit Luft, wodurch die Blutzirkulation gehemmt wird oder auch ganz steht. Die Luft, welche in grosser Menge ins Gefässsystem des Versuchstieres gelangt (ob in Venen oder Arterien, bleibt sich gleich), wird zum Teil resorbiert, die grosse Masse jedoch wird durch die Lungen der atmosphärischen Luft abgegeben, nachdem sie verschiedene Wege zurückgelegt hat, je nachdem sie ursprünglich das arterielle oder das venöse System betreten hatte.)
(H. Jentter.)

79. — Über den Tod bei Luftembolie. Wratsch. Gaz. Nr. 24. Verhandl. des XII. Pirogowschen Kongr. (Die Anwesenheit von Luft im rechten Herzen und in den Venen beweist noch nicht, dass der Tod an Luftembolie erfolgt ist. In den Beckenvenen ist der Druck positiv, was den Eintritt von Luft verhindert. Negativer Druck ist beim Versuchstier nur durch starke Senkung des Kopfes und grossen Exkursionen des Brustkorbes zu erreichen. Verf. hat bis 1900 ccm Luft den Tieren injiziert und kein Tier verloren. Er meint, dass bei gleichmässiger und langsamer Injektion die Luft von den Lungen der atmosphärischen Luft zurückgegeben wird. Anders bei Injektion unter gewissem Druck. Bei starkem Druck genügen 300 ccm, um das Tier sofort zu töten. Massenhafter Lufteintritt in die Beckenvenen ist wenig wahrscheinlich. Die Ursache des Todes liegt nicht im Herzen, sondern in den Lungen, wie Virchow lehrte.)
(H. Jentter.)

80. Jüngling, O., Bedingt die Methode der Hautdesinfektion mit Jodtinktur eine Gefahr der Jodintoxikation für den operierenden Arzt. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 32. (Berechnungen ergaben, dass ein Operateur nach fünfstündigem Operieren etwa $^1/_2$ mg Jod einatmen würde. Da Einverleibung von Jod allgemeine Lymphozytose erzeugt, wurde bei den Operateuren das Blutbild daraufhin untersucht. Kontrolluntersuchungen ergaben ein negatives Resultat.)

81. Jung, Ph., Die Leistungsfähigkeit der vaginalen Köliotomie. Monatsschr. f. Geb. Bd. 39. p. 46. (Vorteile der vaginalen Köliotomie sind: Der geringe Schock des Eingriffes selbst und die leichtere Rekonvaleszenz. Auch eine geringe Infektionsgefahr. Der sehr viel bessere kosmetische Effekt und die Vermeidung der Bauchhernien. Jung bespricht die Indikationsstellung für vaginales oder abdominales Operieren bei Tumoren, Lageveränderungen des Uterus, entzündlichen Adnex- und Bauchfellerkrankungen, hämorrhagischen Metropathien, Extrauterinschwangerschaft und infizierten Beckenexsudaten. Letztere sollen ausschliesslich vaginal inzidiert werden. Die vaginale Technik wird eingehend besprochen.)

82. Kaminskaja, Extr. fluid. Poligoni Hydropiperis bei Gebärmutterblutungen. Wratsch. Gaz. Nr. 29. (Kaminskaja hat das Mittel an 45 kranken und sieben gesunden Frauen geprüft und empfiehlt es als vorzügliches Hämostatikum. Zugleich wirkt es schmerzstillend, besonders bei Dysmenorrhoe. Seine Wirkung war gut in Fällen, wo Hydrastis und Sekalepräparate ohne Erfolg blieben.) (H. Jentter.)

83. Kakuschkin, Medizinischer Bericht der St. Petersburger städtischen Gebärasyle für 1911. Journ. akusch. i shensk. bol. März. (H. Jentter.)

84. Kehrer, E., Über Ausfallserscheinungen. Gyn. Ges. zu Dresden. 13. März. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1157. (Ausführliche Besprechung alles Einschlägigen nach modernen Gesichtspunkten.)

85. Kleinmann, Zur Frage über verbesserte Methoden der Narkose und über die Skopolamin-Pantopon-Narkose bei gynäkologischen Operationen. Journ. akusch. i shensk. bol. Jan. (Kleinmann empfiehlt für gynäkologische Operationen die Skopolamin-Pantopon-Narkose. Am Vorabend wird Veronal (0,3—0,5) verabreicht, eine Stunde vor der Operation 0,04 Pantopon und 0,0004 Skopolamin intramuskulär injiziert. Zur Erreichung tiefer Narkosen wird Äther gebraucht (womöglich im Roth-Drägerschen Apparat). Nur gelegentlich wird die Narkose getrübt durch den sog. oligopnoischen Zustand. Sonst ausgezeichnete Resultate. Es gelang in blosser Pantopon-Skopolamin-Narkose nicht nur Kolpo- resp. Kolpoperineorrhaphien, sondern auch Interpositio und Exstirpatio uteri bei Vorfall schmerzlos auszuführen. In einigen Fällen musste während des Herausluxierens des Uterus eine minimale Dosis Äther verabreicht werden. Verf. gibt eine Übersicht seiner 100 Operationen.) (H. Jentter.)

86. Kosmak, Die Bedeutung von Ovarialerkrankungen für die Entstehung der Sterilität. Bull. of the Lying- in Hospital of the City of New York. June. (Verf. glaubt auf Grund der Erfahrungen von 45 Fällen, dass oft ein erkranktes, z. B. kleinzystisch degeneriertes Ovar die normale Funktion des anderen behindert und dass nach Entfernung des erkrankten die Funktion des gesunden Eierstocks in 19 Fällen sogar Schwangerschaft ermöglicht wurde.)

87. Kubinyi, Pál, Haskötö lógó has ellen. Orvosegyesüteti Ertesitö. Nr. 26. (Bauchbinde gegen Hängebauch, bestehend aus einem nach Gipsabdruck aus gesteiftem Leder bereiteten Rückenteile und einer daran festschnürbaren Leinenbinde.) (Temesváry.)

88. Kukowerow, Zur Anwendung der Lokalanästhesie. Wratsch. Gaz. Nr. 29. Sitzungsber. des Vereins russ. Ärzte in Odessa. (Kukowerow injiziert $^1/_2$% Novokainlösung mit Zutat von 30 Tropfen Adrenalin (Parke-Davis) auf 100 ccm Lösung. Keinerlei Komplikationen. Bericht über 652 Operationen, darunter 53 Laparotomien.) (H. Jentter.)

89. Kupferberg, Geburtshilfliche und gynäkologische Tagesfragen. Münchn. med. Wochenschr. p. 1575.

90. Kuskowa-Ussowa, Rektale Kochsalz-Tropfeninfusion in der Gynäkologie. Journ. akusch. i shensk. bol. Juli-August. (Kuskowa-Ussowa behandelte 124 chronische, subakute und sogar akute Fälle von entzündlichen Prozessen im Becken mit systematischen rektalen Kochsalz-Tropfeninfusionen. Es werden jedesmal drei Glas bei chronischen, 6—8 Glas bei subakuten Formen injiziert. Solche Injektionen werden anfangs

3—5 mal täglich gemacht, späterhin 2—3 mal die Woche. Kochsalzlösung ist kein spezifisches Mittel, ist deshalb bei diversen infektiösen Formen anwendbar. Alle entzündlichen Erkrankungen können klinisch geheilt werden, falls es noch nicht zur Bildung von narbigem Bindegewebe und Strängen gekommen ist. In letzteren Fällen wird dauernde klinische Besserung erzielt. Die Methode lässt sich ohne Gefahr auch in Fällen anwenden, in denen jede andere Therapie grösste Vorsicht erheischt (uterine und extrauterine Gravidität). Die Wirkung lässt sich erklären durch Beschleunigung des Lymphstromes im Infektionsherd, durch Erhöhung von Exkretion und Sekretion und durch Drainage des infektiösen Krankheitsherdes.) (H. Jentter.)

91. Lamers, H. J. M., Die Bedeutung der Hysterotomia vaginalis anterior in der Geburtshilfe und der Gynäkologie. Ned. Tijdschr. voor Verlosk. en Gyn. 23. Jahrg. 2. Lief.

92. — De beteekenis der Hysterotomia vaginalis anterior in de verloskunde en de Gynaecologie. Ned. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. 23. Jahrg. 2. Aufl. (Mendes de Leon.)

93. Lastotschkin, Zur Hedonalnarkose. Chirurgia. Juni-Juli. (Bericht über 75 Fälle. Von den 12 Todesfällen fällt kein einziger der Narkose zur Last. Verf. zieht diese Methode der Äther- resp. Chloroform-Inhalationsnarkose vor. Erbrechen während der Operation zweimal, nach der Operation zehnmal, Asphyxie einmal.) (H. Jentter.)

94. Liebich, Über einen Fall von Transposition der grossen Gefässe. Zentralbl. f. Gyn. p. 570.

95. Loeliger, Kritik der Todesfälle nach gynäkologischen Eingriffen während der Jahre 1901 bis 1911. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 74. p. 757.

96. Lörincz, B., A klimakterikus vérrési rendelleness égekröl. Gyógyászat. Nr. 20. (Mahnruf an die praktischen Ärzte, dass die zu reichlichen Blutungen im Klimakterium stets als krankhaft zu betrachten, genau zu untersuchen und der nötigen Behandlung zuzuführen seien.) (Temesváry.)

97. Loofs, F. A., Paraffineinbettungsverfahren für Uterus und Ovarien. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. p. 177.

98. Lorier, M. V., La Gyn. p. 420. (Gynäkologie und Scharlatanerie. Kasuistik.)

99. Mc Arthur, Die Päparation von Wachsseide. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 16. Nr. 4.

100. Marquis, Vergleichende Studie der alten und neuen Methode der Händedesinfektion. Arch. gén. de Chir. 1912. Nr. 8.

101. Martin, E., Prolaps und Unfall. Ärztl. Sachverständigenzeitg. April.

102. Martinet, Warum soll man Pantopon verschreiben? Presse méd. 1912. Nr. 6.

103. Martius, H., Festalkol, ein neues Händedesinfektionsmittel für die Hebammen und Aussenpraxis. Deutsche med. Wochenschr. p. 2088. (Alkoholseife bestehend aus 20% Seife und 80% Alkohol (89%) von pastenartiger Konsistenz. Zu einer Desinfektion sind 20 g in Gläschen verpackt erforderlich. Die Seife wird fünf Minuten lang eingerieben, dann mit einer sterilen Lösung abgespült. Sublimatlösung wird dadurch nicht zersetzt. Geringer Preis, gute Wirksamkeit.)

104. Mathias, E., Die Asepsis in der Gynkologie. Diss. Königsberg 1912.

105. Mayer, A., Die Bedeutung des Infantilismus in Geburtshilfe und Gynäkologie. Gyn. Rundschau. p. 505. (Hinweis auf die durch Störungen der inneren Sekretion hervorgerufenen klinischen Symptome, wie verspätete Menarche, Dysmenorrhoe, Sterilität. Gesteigerte Schwangerschaftsbeschwerden, komplizierter Geburtsverlauf, Stillunfähigkeit, Neigung zu Lageveränderungen des Genitales und Disposition zur Extrauterinschwangerschaft. Die soziale Bedeutung des Infantilismus für die vorzeitige Invalidität wird hervorgehoben. Mit Literaturangaben.)

106. Meirowsky, E., Geschlechtsleben der Jugend, Schule und Elternhaus. Leipzig 1912, Verlag von Barth.

107. Meyer, E., Klinische und experimentelle Beiträge zur Frage der sog. Ausfallserscheinungen. Monatsschr. f. Geb. Bd. 37. p. 368.

108. — P., Kurzer Bericht über die Syphilis der inneren Genitalien. Zeitschr. f. Geb. p. 322. (Sammelreferat.) (Hervorgehoben werden: 1. das Esthiomène de la vulve (selten). 2. Primäraffekte der Portio. 3. Luetische Erkrankungen des Endometriums und Myometriums (sehr selten). Als Folge davon Amenorrhoe, Blutungen, Uterusruptur und Hämatometra. 4. Über die Lues der Ovarien und Tuben ist noch sehr wenig bekannt. Diagnostische Wichtigkeit der Wassermannschen Reaktion; in einem Falle konnten Uterusblutungen durch eine Schmierkur behoben werden.)

109. Meyer, E., Die Syphilis der inneren Genitalien des Weibes. Sammelreferat. Deutsche med. Wochenschr. p. 169. (Luetische Affektionen an den inneren Genitalien werden selten festgestellt. Bedeutung der Entdeckung der Spirochaeta pallida und der Wassermannschen Reaktion. An den äusseren Genitalien ist der Esthiomène de la vulve eine eigentümliche Erscheinungsform der Lues. Am Uterus fand man Primäraffekte und Hämatometrabildung als Folgekrankheit. Über die syphilitischen Entzündungen der Gebärmutter ist sehr wenig bekannt, ihr Einfluss macht sich meist erst während einer Gravidität bemerkbar. Die Endometritis exfoliativa und Sklerose der Uterusgefässe werden gleichfalls hierher gerechnet. Hereditäre Lues kann sich am Uterus durch Dysmenorrhoe und Metrorrhagien äussern. Bei luetischen Föten können im Uterus Spirochäten gefunden werden. In neuerer Zeit wurden auch gummöse Erkrankungen des Endometriums beschrieben. Schliesslich soll auch Amenorrhoe durch Lues zustandekommen können. Noch wenige Beobachtungen liegen über die Lues der Ovarien und Tuben vor. Spirochäten sind im Ovarium Erwachsener bis jetzt noch nicht gefunden worden, doch werden, besonders von französischen Autoren, gummöse Oophoritis und Salpingitis öfters beschrieben. Den neueren Untersuchungsmethoden an grossem Material bleibt es vorbehalten, weitere Einzelheiten über die Syphilis der inneren Genitalien zu eruieren.

110. Monsiorski, Demonstration postoperativer Präparate. Przeglad chir. i gin. Bd. 8. Heft 2. p. 326—328. (Polnisch.) (1. Ovarialkarzinom. 2. Ein Jahr nach supravaginaler Uterusamputation wegen chronischer Adnexitis mit Ovarialzyste, Pyosalpinx etc. und nach vergeblicher konservativer Behandlung der hinterbliebenen Beschwerden inoperables Stumpfkarzinom der Cervix konstatiert, aber wegen schlechten Allgemeinzustandes von der Exstirpation Abstand genommen. 3. Demonstration, eine Peritonealnaht so angelegt, dass nur der Knoten am Anfange des Fadens und der Knoten am Ende des Fadens in der Peritonealhöhle sichtbar bleiben. 4. Demonstration eines Instrumentes von Kolinski zur Fixierung der freien Enden der Bänder, mit welchen die Bauchservietten armiert sind, um einem Entschlüpfen der Serviette und Vergessenwerden in der Bauchhöhle vorzubeugen.) (v. Neugebauer.)

111. Moosbacher, E., und E. Meyer, Klinische und experimentelle Beiträge zur Frage der sog. Ausfallserscheinungen. Monatsschr. f. Geb. Bd. 37. p. 337.

112. Moraller und Hoehl, Atlas der normalen Histologie der weiblichen Geschlechtsorgane. Leipzig 1912, Verlag Barth.

113. Morrow, Einige chronische entzündliche Beckenerkrankungen. Journ. Amer. Assoc. p. 966.

114. Morton, R. S., Einfluss der industriellen Berufe auf die Frauen. Amer. Journ. of Obst. p. 1. (Unter günstigen hygienischen Umständen kann die Frau Arbeit auf jedem Gebiete der Industrie ohne Schaden für ihre Entwickelung leisten. Verfasserin kommt daher zu dem Schluss, dass die Frauen für industrielle Arbeit der verschiedensten Berufszweige ebenso geeignet wären, wie die Männer, nur wären sie unter den derzeitigen Verhältnissen dadurch im Nachteil, dass Arbeitszeit und Bezahlung im Verhältnis zum Mann eine überaus ungünstige wäre. Die dadurch verschuldeten schlechteren Lebensbedingungen sind die Ursache für eine ganze Reihe von hygienischen Schäden, welche nicht zu sehr auf den Geschlechtsunterschied, als eben auf die erschwerten Lebensbedingungen zurückzuführen seien.)

116. Mussatow, Zur Behandlung einiger gynäkologischer Erkrankungen mittelst Fibrolysin. Wratsch. Gaz. Nr. 1. Sitzungsber. d. Ges. russ. Ärzte zu Moskau. (Verf. hat das Fibrolysin an 36 Kranken geprüft. Man kann nur bei intramuskulärer Applikation auf Erfolg rechnen. In Suppositorien oder Vaginalkugeln verabreicht, bleibt das Fibrolysin wirkungslos. Günstige Resultate wurden erzielt bei Uterus fibrosus, Perisalpingitis, Tubengonorrhoe, chronischer puerperaler Peri- und Parametritis, bei Erkrankungen der sakrouterinen Bänder und postoperativen Narben. Interessant ist, dass in einem Falle von Myom der Tumor bedeutend kleiner und die Menstrualblutungen geringer wurden. In einem Falle von Gonorrhoe wurden die Adnextumoren resorbiert, die Schmerzhaftigkeit schwand und der Zervikalkanal wurde für die Braunsche Spritze durchgängig.) (H. Jentter.)

117. Myers, Eine Methode zur Stillung rektaler Hämorrhagien. Journ. of Amer. Assoc. p. 1519.

118. Mykertschianz, Heissluft und Thermopenetration in der Gynäkologie. Wratsch. Gaz. Nr. 47. (Mykertschianz hält die Thermotherapie indiziert bei chronischer

Entzündung der Gebärmutter, Adnexe, Beckenbauchfell und Beckenzellgewebe, bei postoperativen Infiltraten, bei Schmerzen in der Genitalsphäre ohne sichtbare Veränderungen, bei Verlagerungen der Gebärmutter, die durch Adnexe hervorgerufen sind. Er verbreitet sich über alle gebräuchlichen Methoden von Wärmeapplikation in der Gynäkologie.) (H. Jentter.)

119. Natanson, Demonstration postoperativer Präparate. Gyn. Sitzg. der Warschauer Ärztl. Ges. am 25. Okt. 1912. Przeglad chir. i gin. Bd. 9. Heft 1. p. 110. (Polnisch.) (Bei vorderer Kolpotomie behufs Entfernung des Uteruskörpers einer 49jährigen Nullipara wegen Blutungen wurde eine Blasenverletzung konstatiert und diese Fistel nachträglich mit Erfolg vernäht. Kombination einer Ovarialzyste mit Tubarabort — viermonatliche Frucht samt Plazenta aus der Bauchhöhle entfernt bei Tubenschwangerschaft. In der Diskussion erwähnte Lorentowicz, dass für zwei Fälle, wo Natanson den Uteruskörper amputiert hatte, wegen Blutungen eine Röntgenbehandlung zur Heilung genügt hätte, während Stankiewicz dem Vorgehen von Natanson den Vorrang gibt.) (v. Neugebauer.)

120. — Demonstration postoperativer Präparate. Przeglad chir. i gin. Bd. 9. Heft 1. p. 119 bis 121. (Polnisch.) (1. Ovarialtumor während der Schwangerschaft entfernt, Schwangerschaft ging weiter. Nach einigen Wochen kam die Frau wieder wegen Blutungen: Uterus zu gross befunden für den angegebenen Schwangerschaftstermin, also Blasenmole vermutet und Uterus entleert. Es fand sich eine Blasenmole. Nach einigen Wochen kam die Frau abermals wieder wegen Blutungen: Auskratzung ergab Chorioepitheliom, Exstirpation des Uterus, Genesung. 2. Präparat von Pyosalpinx bei tuberkulöser Peritonitis und Tuberkulose der Ovarien. 3. Chronisch entzündlich erkrankte linke Adnexe mit Wurmfortsatz zugleich entfernt bei irrtümlicher Diagnose einer Tubenruptur. Der zweimalige anamnestisch erhärtete Kollaps blieb unaufgeklärt. 4. Schwangerer myomatöser Uterus supravaginal amputiert. Genesung.) (v. Neugebauer.)

121. Nikolsky, Ein Tisch für intravenöse Hedonalnarkose. Chirurgia. Juni-Juli. (H. Jentter.)

122. Nobl, G., Über Autochromaufnahmen von Körperhöhlen. Wiener klin. Wochenschr. p. 2114. (Demonstration von Lumièrebildern aus der Nasenhöhle und der Portio vaginalis. Von aktuellem Interesse sind die Reproduktionen, welche den Einfluss der Radiumbestrahlung auf das Cervixkarzinom wiedergeben. Die Spiegelkonstruktion, welche noch verbessert wird, stammt von der Firma Leiter in Wien.)

123. Nordmark, Sexueller Fetischismus. St. Petersb. med. Zeitschr. p. 47.

124. Norris, Die Sterilität des Weibes ohne grobanatomische Veränderungen. Surg., Gyn. and Obst. Vo. 15. 1906.

125. Norris, C. C., Die Gonorrhoe beim Weibe. London, bei Saunders and Co. (Monographie von 521 Seiten über Statistik, Klinik und Bakteriologie der Gonorrhoe.)

126. Novak und Porges, Über Azetonurie bei Extrauteringravidität und bei gynäkologischen Erkrankungen. Berl. klin. Wochenschr. 1912. Nr. 48. (Azetonbefund im Harn kann den schon bestehenden Verdacht auf Extrauteringravidität sehr bestärken, ohne aber eine absolute Beweiskraft zu besitzen.)

127. — — Über die Azidität des Blutes bei Osteomalacie. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 44. (Osteomalacie und osteomalacieähnliche Krankheiten zeigen eine herabgesetzte Kohlensäurespannung im Blute. Eine ähnliche Azidosis findet sich auch während der normalen Gravidität in geringerem Grade.)

128. Nowikow, Eine einfache Methode der Äther-Tropfnarkose mittelst Marlykompressen. Russki Wratsch. Nr. 19. (H. Jentter.)

129. Nijhoff, Demonstration von Kranken. Ned. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. XII. 3. (Vortragender teilt einige Fälle von Tuberkulose mit, bei denen das Van Stockumsche Mittel angewandt wurde; er stellte in vier Fällen tuberkulöser Adnexerkrankungen gute Resultate fest und regt daher an, Versuche mit diesem Mittel anzustellen. Weiter führt er einige Schwangere vor, welche deutliche Graviditätsdermographie aufweisen.) (Mendes de Leon.).

130. — G. C., De beteekenis van het overtollige sperma voor de vrucht. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 2. helft. Nr. 16. (Verf. meint, auf die Bedeutung des überflüssigen Spermas bei Ansteckung mit Tuberkulose und Lues seitens des Vaters hinweisen zu müssen, vor allem jedoch auf die Gefahr, die dadurch entsteht, dass durch die Spermatozoiden bei an Bleiintoxikation Leidenden Blei auf die Frucht übertragen wird. Er ist der

Ansicht, dass man mit diesem Umstande vor allem die ungünstigen Verhältnisse für die Schwangerschaft zuschreiben müsse.) (Mendes de Leon.)

131. Olshausen, J. v., Kastration und Sterilisation in sozialpolitischer Bedeutung. Med. Klin. Nr. 41. (Erörterung der Frage der Sterilisierung von degenerierten und unheilbaren Verbrechern durch Vasektomie bzw. Tubektomie nach amerikanischem Muster. Eine gesetzmässige Durchführung wird erst dann in Betracht zu ziehen sein, wenn die Gesetze der Vererbung krankhafter und verbrecherischer Anlagen mit grösserer Sicherheit erforscht sein werden.)

132. Ozaki, Über die Alkoholdesinfektion. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 121. Heft 5 und 6. (Ozaki kommt zu dem Resultat, dass alleinige Alkoholdesinfektion unvollkommen ist. Kurze vorherige Waschung mit heissem Wasser genügt in der Praxis, die lange Heisswasserwaschung ist ihr etwas überlegen.)

133. Paperno, Zur Prostitutionsfrage. Wratsch. Gaz. Nr. 9. Sitzungsber. des Ärztevereins zu Archangelsk. (H. Jentter.)

134. Papp, Samu, Uj szempoatok a nöi bántalmak balneotherapiája terék. Aus der Sitzg. des ung. Kongr. f. Balneologie am 2. Mai. Ref. Orvosi Hetilap. Nr. 20. (Papp empfiehlt nervösen Frauen mit Frauenleiden die Moorbäder abwechselnd mit Halbbädern, Abreibungen oder lauen Duschen zu verordnen, wodurch parallel mit dem Frauenleiden auch der nervöse Zustand günstig beeinflusst wird.) (Temesváry.)

135. Parssamow, Klinische Beobachtungen über die blutstillende Wirkung des Hämostin. Wratsch. Gaz. Nr. 11. (Parssamow hat die Wirkung des Hämostin an 40 Fällen geprüft und sieht in ihm ein gutes blutstillendes Mittel, besonders bei akuten Entzündungen. Es genügen im Durchschnitt 24—30 Tabletten (zu 0,2).) (H. Jentter.)

136. Paryschew, Bericht über die 10jährige Tätigkeit der gynäkologischen Abteilung an der Elisabeth-Gemeinschaft (1903—1913). Journ. akusch. i shensk. bol. Sept.-Okt. (H. Jentter.)

137. Pesharskaja, Die latente (potentielle) Alkaleszenz des Blutes, ihre Schwankungen bei gynäkologischen Kranken und ihre Bestimmung nach Engel. Russki Wratsch. Nr. 16, 17. (Pesharskaja hat in 130 Fällen die Alkaleszenz des Blutes bestimmt; 26 Fälle betrafen gesunde Frauen, 110 diverse gynäkologische Kranke. Sie hält die Bestimmung nach Engel nicht für absolut sicher, erkennt aber ihre relative Bedeutung an. Für klinische Zwecke ist die Methode bei alizarinsulfonsaurem Natron + Indigokarmin als Indikator vollkommen geeignet, weil die Werte, welche Pesharskaja bei gleichen Erkrankungen erhalten hat, genügend eindeutig sind, wie Tabellen beweisen. Die grössten und beständigsten Schwankungen im Sinne der Verringerung der Alkaleszenz ergaben Krebskranke, wobei diese Erscheinung durch die Krankheit selbst bedingt war und nicht von dem Hämoglobingehalt abhing. Dieselbe Ursache liegt auch bei septischen Kranken vor. Bei Endometritis, Parametritis, Adnexitis wird auch eine Verringerung der Blutalkaleszenz beobachtet, es lässt sich aber nicht sagen, ob nicht auch Veränderungen des Blutes eine Rolle zukommt. denn jedesmal wurde auch Fallen des Hämoglobingehalts und der Erythrozytenzahl konstatiert. Bei Sarkomen, Zysten, Myomen wahrte das Blut seine Reaktion. Es liess sich keine Abhängigkeit zwischen Temperatur und Alkaleszenz, sowie zwischen letzterer und Leukozytose beweisen. Der Alkaleszenzbestimmung des Blutes könnte bei normalem Blutgehalt eine gewisse differentialdiagnostische Bedeutung zukommen: bedeutende Verringerung derselben spricht für Krebs und gegen Sarkom und Myom.) (H. Jentter.)

138. Pfahl, Über Variationen der Schnittführung bei Leibschnitten. Wratsch. Gaz. Nr. 49. Sitzungsber. d. Ges. russ. Ärzte zu Moskau. (H. Jentter.)

139. Pissemensky, Zur Frage über Komplikationen nach gynäkologischen Operationen. Sitzungsber. der chir. Ges. zu Kiew. 1912. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 590.

140. Popielsky, L., Über die spezifischen gerinnungshemmenden Substanzen des weiblichen Genitalapparates. Biochem. Zeitschr. Bd. 49. p. 168.

141. Poll, H., Die Entwickelung des Menschen. Leipzig, Thomas.

142. Poppe, Vereinfachte Transfusion. Journ. of Amer. Assoc. p. 1284. (Ein Gummikatheter, der an beiden Enden dünn ausgezogene Glaskanülen trägt, wird vor Gebrauch in kleinen Mengen von Vaseline und Paraffin ausgekocht. Auch die betreffenden Blutgefässe werden mit Vaseline eingerieben.)

143. Porchownik, Zur Transferenz (Übertragung) des Schmerzes bei Erkrankungen der Genitalsphäre des Weibes. Journn. akusch. i shensk. bol. Mai-Juni. (Nach Schilderung des nervösen Apparates der Genitalsphäre verbreitet sich Porchownik über die reflektorischen Schmerzen bei Erkrankungen derselben: Endometritis dolorosa, Punctum plethorae, diverse Schmerzen bei Retroflexio uteri; ferner Coccygodynie, Schmerz im Tuber ischii, im Levator ani, Cystospasmus, Dysurie, Schmerz im Mastdarm, in der Herzgrube etc. Es gibt auch Fälle von unstillbarem Erbrechen, welches nach Korrigierung einer etwaigen Retroflexio schwindet (Beschreibung zweier Fälle). Endlich gibt es reflektorischen Brustwarzenschmerz und „Toux utérine". Verf. berichtet über 15 eigene Fälle, in denen Hysterie ausgeschlossen war und kommt zu folgenden Schlüssen: Es gibt zahlreiche genitalkranke Frauen, welche eine grosse Reihe reflektorischer Schmerzen aufweisen, wobei letztere auch ohne jegliche hysterische Symptome bestehen können. Diese Schmerzen sind entweder tief gelegen, wenn die Reizung des sympathischen Apparates der Genitalien auf andere Gebiete des Sympathikus transferiert wird, oder aber oberflächlich, wenn sie auf den Gowersschen Bündel übertragen wird. Die Schmerzen können vom Genital auch ins Gebiet des Trigeminus und des Occipitalis major transferiert werden und dort die sog. symptomatische Gesichts- und Hinterkopfsneuralgie erzeugen. Diese Transferenz geschieht entweder auf peripherem Wege mittelst Anastomosen, oder auf zentralem durch Rückenmark und Oblongata.) (H. Jentter.)

144. Porter, M. F., Kurze Übersicht über die Fortschritte der Geburtshilfe und Gynäkologie im abgelaufenen Jahr. Amer. Journ. of Obst. p. 817.

145. Pozzi, M., Malthus-Hebamme. Gyn. moderne. 1912. Nr. 6. (Veröffentlichung eines Zirkulars, in dem eine Hebamme unter obigem Titel ihre Dienste zur Verhütung von Gravidität anbietet.)

145a. Prince, E. M., Über einen Fall von wahrem Hermaphroditismus. Engl. Journ. Amer. med. Assoc. 1912. Nr. 17.

146. Proskurjakowa, Klinische Bedeutung der Schlammkompressen in der gynäkologischen Therapie. Journ. akusch. i shensk. bol. Juli-August. (H. Jentter.)

147. Prudnikow, Materialien zur Frage über die künstliche Sterilisation des Weibes mittelst Elektrokoagulation. Inaug.-Diss. St. Petersburg 1912. (Prudnikow stellte 36 Versuche an Kaninchen an und prüfte die Methode an neun Kranken. Die Elektrokoagulation (Forestisation) der Tubenostien ist eine technisch leichte Intervention, welche bei Frauen, welche bereits geboren haben, weder allgemeine noch lokale Anästhesie erfordert. Sie wird ausgeführt mittelst einer eigens hergestellten Sonde. Die besten Resultate werden erzielt bei einer Stromstärke von $1—1^1/_2$ Ampère mit einer Elektrode von 12 qmm und einer Dauer von 30—60 Sekunden. Die Veränderungen können auf eine totale Nekrose der Mukosa und der darunterliegenden Muskelschicht zurückgeführt werden (in der ersten Zone Verkohlung der Gewebselemente, in der zweiten totale Nekrose, in der dritten reaktive entzündliche Infiltration). In späteren Stadien reichliche Entwickelung von Granulationen im Tubenlumen, welche späterhin zu fast vollkommener Obliteration führt (ohne Epithelienbildung). Diese Befunde wurden erhoben an sieben Kranken mit Uteruskrebs, bei denen vor der Operation die Elektrokoagulation vorgenommen wurde. Die Experimente an Kaninchen ergaben dasselbe: selbst nach einmaliger Koagulation trat dauernde Obliteration der Lumina der Uterushörner ein an der Übergangsstelle in die Tuben.) (H. Jentter.)

148. Rossijsky, Zur Frage über Skopolamin-Morphium- und Pantopon-Skopolamin-Narkose. Wratsch. Gaz. Nr. 37. (Es ist zurzeit nicht möglich, von absoluter Ungefährlichkeit der beiden Methoden zu sprechen. In dieser Hinsicht bilden sie keine Ausnahme von den anderen Narkosen.) (H. Jentter.)

149. Rüder, Die Tuberkulose in der Gynäkologie und Geburtshilfe. Deutsche med. Wochenschr. Jan. (Die Tuben sind dasjenige Gebiet, wo die Genitaltuberkulose am häufigsten sitzt. Rüder ist für radikales operatives Eingreifen, da selbst vorgeschrittene Fälle mit allgemeiner Aussaat über das gesamte Beckenperitoneum geheilt werden können, sofern nur sonst keine anderen ausgedehnten Krankheitsherde im Körper bestehen. Die Schwangerschaft soll bei aktiver Tuberkulose stets unterbrochen werden, jedoch nur innerhalb der ersten vier Monate der Schwangerschaft. Rüder ist dafür, es lieber mit antikonzeptionellen Mitteln zu versuchen, bevor man zur dauernden Sterilisierung schreitet [wegen der psychischen Depression]).

150. Runge, Über postoperative Thrombose und Embolie. Diss. Freiburg. (Unter Zugrundelegung der mechanischen Theorie von Aschoff werden die Bedingungen der Entstehung von Thromben besprochen. Das Frühaufstehen wird befürwortet. Hebung des Allgemeinzustandes. Vermeidung übermässigen Abführens, zu langer Allgemeinnarkose etc. sind wichtig. Nur die Prolapse mit Levatornaht werden vom Frühaufstehen ausgenommen. Unter 2889 Operationen der Krönigschen Klinik sind 13 Thrombosen und drei Embolien. Letztere nur bei Patientinnen über 50 Jahren. Zehn Fälle betreffen Myome und Karzinome.)

151. Russakowa-Lwowitsch, Die Rapa- und Schlammbäder von Saki während der Menstruation. Journ. akusch. i shensk. bol. Mai-Juni. (Auf Grund ihrer Erfahrungen an 110 Kranken kommt Russakowa-Lwowitsch zu folgenden Schlüssen: Die Rapa- und Schlammbäder von Saki, sowohl heisse, als warme, rufen während der Menstruation keine Uterusblutungen hervor, sondern regulieren den menstruellen Blutverlust. Die Dauer der Menstruation wird in der Mehrzahl nicht beeinträchtigt, bisweilen ist sie kürzer und nur ausnahmsweise verlängert. Die Schmerzen schwinden meistens oder werden bedeutend schwächer. Die während der Menstruation genommenen Bäder haben keinen üblen Einfluss auf das Allgemeinbefinden. Deswegen kann die Behandlung auch während den Menses fortgesetzt werden.) (H. Jentter.)

152. Sawicki, Meningocele sacralis anterior. Przeglad chir. i gin. Bd. 9. Heft 11. p. 129 bis 155. (Polnisch.) (Nach theoretischer Besprechung der Frage und Aufzählung der fremden Beobachtungen von Bryant, Hofmokl, Hugenberger, Kroner und Marchand, Gaillard, Thomas, Emmet, zweier Fälle von Loehlein und v. Neugebauers Bericht über eine eigene Beobachtung und den Operationsmodus.) (v. Neugebauer.)

153. Schaeffer, R., Der Handschuhsaft. Zentralbl. f. Gyn. p. 206.

154. Schauta, F., Zur Frage der Stabilisierung des Verhandlungsortes der Deutschen Ges. f. Gyn. Gyn. Rundschau. p. 353.

155. Scherer, Sándos, Genitalis tuberculosis esete. Aus der Sitzung der gyn. Sekt. des kgl. Ärztevereins am 22. April. Ref. Orvosi Hetilap. Gyn. Nr. 2. (Bericht über einen Fall von tödlich verlaufender Genitaltuberkulose.) (Temesváry.)

156. Scherer, Ein Fall von Genitaltuberkulose. Zentralbl. f. Gyn. p. 1203.

157. Schenk, Zur Serodiagnostik der malignen Geschwülste. Wiener klin. Wochenschr. p. 529.

158. Scherber, G., Zur Klinik und Ätiologie der pseudotuberkulösen Geschwüre am weiblichen Genitale. Wiener klin. Wochenschr. p. 1070. (Beschreibung eines meist unter Temperatursteigerung bei Frauen auftretenden Krankheitsbildes in Form von distinkten Knötchen am äusseren Genitale und in der Scheide, welches sich zu diphtherisch belegten Geschwülsten umwandeln. Die Ulzera sind sehr schmerzhaft. Die Geschwüre können ohne Hinterlassung wesentlicher Veränderungen abheilen. Durch milde antiseptische Therapie wird die Heilungsdauer auf 10—14 Tage abgekürzt. Bakteriologisch wurden häufig grampositive anaerobe Bazillen gefunden. Erörterungen der Differentialdiagnose gegenüber Ulcus molle, Lues, Herpes genitalis, aphtösen, gangränösen, diphtherischen und tuberkulösen Geschwüren gegenüber Vulvitis diabetica. Die Erkrankung kommt nur bei jungen weiblichen Personen vor.)

159. Schickele, Kritischer Überblick über die wichtigsten gynäkologischen Arbeiten aus dem Jahre 1912. Münchn. med. Wochenschr. p. 652.

160. — Die sog. Wellenbewegung im Leben des Weibes. 84. Versamml. d. Naturf. u. Ärzte Sept. 1912 in Münster. (Schickele leugnet auf Grund eigener Untersuchungen das Vorhandensein einer Wellenbewegung. Befunde an der Uterusschleimhaut, Blutdruck, Puls, Temperatur, Muskelkraft, Blutgerinnungszeit und Blutbild werden ausserhalb der Menstruationszeit herangezogen.)

161. — G., Hypertonus beim Weibe. Wiener med. Klin. 1912. Nr. 31. (Gesteigerter Blutdruck nebst Uterusblutungen, häufig begleitet von bestimmten nervösen Beschwerden, weisen auf Steigerung des Sympathikustonus infolge Unterfunktion des Ovariums hin. Beschreibung von vier einschlägigen Fällen. Therapeutisch soll Ovarium oder Corpus luteum-Extrakt von günstiger Wirkung sein.)

162. Schilling, Die Entstehung der Koprolithen. Wiener klin. Rundschau. Nr. 14.

163. Schirschow, Die Biologie des Gonococcus und seine Bedeutung in Gynäkologie und Geburtshilfe. Nowoje w Med. Nr. 13, 14. (H. Jentter.)

164. Schirschow, Morphologie und Biologie des Gonococcus. Wratsch. Gaz. Nr. 24. Verhandl. des XII. Pirogowschen Kongr. (H. Jentter.)
165. — Gonokokkenerkrankungen in der Gynäkologie. Wratsch. Gaz. Nr. 24. Verhandl. des XII. Pirogowschen Kongr. (H. Jentter.)
166. Schneider, W., Über primäre weibliche Genitaltuberkulose. Diss. Freiburg. Juli.
167. Schneider, K., Unfall und gynäkologische Erkrankungen, insbesondere Myom. Diss. München 1912.
168. Scholl und Kolde, Bakteriologische Untersuchungen bei gynäkologischen Erkrankungen. Zentralbl. f. Gyn. p. 561.
169. Schottlaender, J., $5^1/_4$ Jahre pathologisch-anatomischer Tätigkeit im Laboratorium der II. Universitäts-Frauenklinik in Wien. (Ausführliche statistische Übersicht über Art und Verwertung der Laboratoriumsbefunde von operativen Präparaten.)
170. Schütz, Charlotte, Klinische Beiträge zur Frage der Blutgerinnung. Berlin, Ebering.
171. Schütze, A., Über Spät-Ileus nach vaginalen Totalexstirpationen des Uterus. Monatsschrift f. Geb. Bd. 37. p. 633.
172. Sellheim, H., Aggregatzustand, Elastizität und Festigkeit des Bauches. Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. 18. p. 108. (Studie über die Funktion der Eingeweidebefestigungen, insbesondere jene der Beckenorgane. Letztere werden in bezug auf Elastizität und Festigkeit den Bauchdecken an die Seite gestellt, deren funktionelles Äquivalent sie im knöchernen Rahmen des kleinen Beckens entsprechen. Der Wanddruck des Bauches pflanzt sich nach unten auf die muskulären Hohlorgane des Beckens, nämlich Uterus, Blase und Rektum fort, wodurch schon unter physiologischen Verhältnissen die Entleerung der betreffenden Hohlorgane gefördert wird. Unter pathologischen Verhältnissen, vor allem in Fällen von Bauchwanderschlaffung, müssen die fakultativen Befestigungsmittel der Eingeweide für die versagenden obligaten einspringen. Durch ungebührliche Belastung der Entleerungsorgane und ihres Bandapparates in solchen Fällen entsteht auch bleibende Insuffizienz des obligaten Beckenverschlusses und damit der Prolaps.)
173. Shebrowsky, Zur Frage über die Wirkung des Kumys bei inneren Erkrankungen. Russki Wratsch. Nr. 22—23. (Unter anderem empfiehlt Shebrowsky die Kumysbehandlung bei chronischen Frauenleiden, welche den Allgemeinzustand stark beeinträchtigen. In 29 Fällen sah er Gewichtszunahme; bei chronischer Endometritis betrug sie 0,22 Pfund täglich.) (H. Jentter.)
174. Shlenker, M. A., Konservatismus in der operativen Gynäkologie. New Orleans Med. and Surg. Journ. Vol. 65. p. 602.
175. Sigwart, Zur Frage der Milchsekretion bei fehlenden inneren Genitalien. Zeitschr. f. Geb. p. 297. (Bericht über 21 jährige Zweitgebärende, der wegen Cervixkarzinom im sechsten Schwangerschaftsmonat Uterus und Adnexe entfernt worden sind und bei der nach der Operation ausgiebige Milchsekretion eingetreten ist. Die Milch war vollständig reif. Die Beobachtung spricht gegen die Auffassung, dass die Anwesenheit der Genitalien zur Milchsekretion notwendig ist, ferner dagegen, dass durch die Wehentätigkeit wichtige Reizstoffe ins Blut eingeschlemmt werden. Sigwart greift vielmehr auf die Biedlsche Erklärung von den assimilierenden und dissimilierenden Reizen zurück. In der Diskussion (Verhandl. der Ges. f. Geb. u. Gyn. in Berlin, Dez. 1912) berichtet Liepmann über ähnliche Fälle. Zinsser dagegen berichtet über drei Fälle, bei denen es nicht gelungen ist, nach Uterusexstirpation die Milchsekretion in Gang zu bringen.)
176. Skljarow, Über kombinierte Skopolamin-Pantopon-Narkose. Nowoje w Med. Nr. 3. (Skljarow berichtet über seine Erfahrungen mit kombinierter Skopolamin-Pantopon-Chloroform-Narkose an 87 Fällen. Weder Myokarditis, Herzverfettung, noch Emphysem, Sklerose, noch hohes Alter bilden Kontraindikationen. Verf. hat den Eindruck erhalten, dass je älter der Patient ist, er desto besser die Narkose verträgt. Zu Lokalanästhesie benutzt Verf. Skopolamin-Pantopon + Kokain-Adrenalin [17 Fälle].) (H. Jentter.)
177. v. Sohlern, jun., Bauchgrösse und Ernährungszustand. Med. Klin. 1912. Nr. 38.
178. Steiger, M., Über den Einfluss des Klimas und der Rasse auf das weibliche Geschlechtsleben. Korrespondenzbl. f. Schweiz-. Ärzte. Nr. 28. (Klima und Rasse üben einen gewissen Einfluss auf die weiblichen Sexualvorgänge aus. Kulturzustand, Ernährung, soziale Lage und Krankheiten sind ausserdem noch mitbestimmend.)

179. Stolper, Lucius, Die Tuberkulose der weiblichen Geschlechtsorgane. Gyn. Rundschau. p. 142. (Sammelreferat, im Anschluss an das Hauptthema des Gynäkologischen Kongresses im Jahre 1912.)
180. Strassmann, Gesundheitspflege des Weibes. Leipzig, Verlag Quelle & Meyer.
181. Strohmayer, Zur Inzuchtfrage. Deutsche med. Wochenschr. p. 900. (Inzucht kann für Misserfolge in der Nachkommenschaft beim Menschen und Tier nicht verantwortlich gemacht werden. Es kommt nur darauf an, ob auf Gutes oder Schlechtes Inzucht aufgebaut wird. Der Autor hält deshalb Verwandtschaftsheiraten nicht für verwerflich.)
182. Stroomann, Zum gegenwärtigen Stand der Enteroptosenfrage. Diss. Freiburg. Juli.
183. Ssacharow, Zur kombinierten Skopolamin-Pantopon-Narkose. Nowoje w Med. Nr. 3. (Ssacharow teilt günstige Resultate mit bei Gebrauch von Skopolamin-Pantopon in Kombination mit Chloroform für Allgemeinnarkose (87 Fälle) und mit Kokain-Adrenalin für lokale Anästhesie (17 Fälle).) (H. Jentter.)
184. Stolypinsky, Bericht über 131 Operationen und Demonstration von Präparaten. Journ. akusch. i shensk. bolesn. Febr. Sitzungsber. der geb.-gyn. Ges. zu St. Petersburg. (H. Jentter.)
185. Szénásy, József, Zueltzer peristaltikás hormonálju az operativ gynaekologiában. Orvosi Hetilap. Nr. 30. (Zur Anregung der Darmfunktion nach operativen Eingriffen hat sich Szénásy das Zueltzersche „Peristaltic hormonal" in 94% der Fälle gut bewährt. Er gibt es intramuskulär, 15—20 ccm, verteilt in die beiderseitigen Glutäalmuskel.) (Temesváry.)
186. Tandler, J., Konstitution und Rassenhygiene. Zeitschr. f. angew. Anat. u. Konstitutionslehre. Bd. 1. (Sämtliche ererbte Eigenschaften eines Individuums sind im Momente der Befruchtung bereits gegeben. Die Summe der individuellen Eigenschaften des Somas repräsentieren seine Konstitution. Tandler versteht also unter Konstitution die individuell variierenden, nach Abzug der Art- und Rassenqualitäten übrig bleibenden morphologischen und funktionellen Eigenschaften. Durch Einflüsse der äusseren Umgebung kann niemals die Konstitution. sondern die Kondition, d. h. die Summe der auf Reize mit Veränderungen reagierenden Eigenschaften geändert werden. Die Verallgemeinerung eines konstitutionellen Merkmals kann zu einem Rassenmerkmal werden. Tandler nimmt an, dass die Konditionseigenschaften durch Vermittelung der innersekretorischen Keimdrüsenanteile in Konstitutionseigenschaften übergeführt werden können. Durch das Bestreben, Kondition in Konstitution des Individuums und der Rasse umzuwandeln und diese Konstitution zu bessern, entsteht Rassenhygiene.)
187. Tandler und Gross, Die biologischen Grundlagen der sekundären Geschlechtscharaktere mit 23 Textfiguren. 169 p. Berlin, J. Springer.
188. Traugott, M., Fortschritte in der Gynäkologie des praktischen Arztes. Therap. Monatshefte. p. 157. (Dem gynäkologischen Spezialisten vorbehalten bleibt die exakte Palpationsuntersuchung, die grosse operative Gynäkologie und in letzter Zeit die Strahlentherapie. Der praktische Arzt kann neben der konservativ behandelnden Gynäkologie vor allem in der Prophylaxe der Entstehung von Frauenleiden durch hygienisch-diätetische Massnahmen sehr viel leisten. Es wird darauf hingewiesen, dass ein grosser Teil von Beschwerden seitens des Genitales neuro- und psychogener Natur ist und dass man in solchen Fällen besser tut, die Patienten psychisch zu behandeln, als kleine lokale Gynäkologie zu treiben. Zustände, wie Hypersekretion der Bartholinischen Drüsen, Dysmenorrhoe, unregelmässige Menses, Lageveränderungen des Uterus, Vaginismus und die verschiedensten Arten von Schmerzen gehören in dieses Gebiet.)
189. Trendelenburg, F., Bemerkungen zu dem Aufsatz von P. Zweifel: „Beckenhochlagerung und Lungenembolien". Prakt. Ergebn. d. Geb. u. Gyn. 5. Jahrg. p. 154.
191. Trout, Die Proktoklysis. Eine experimentelle Studie. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 16. Nr. 5. (Zum Tropfklysma soll sich Leitungswasser besser eignen als Kochsalzlösung.)
192. Tsakona, Die Griechin im Hinblick auf die Grösse, Beckenmessung, beginnender Periode usw. Gyn. Rundschau. 1912. Nr. 8.
193. Tuskai, J., Attribute eines Frauenkurortes. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1560. (Tuskai betont die Wichtigkeit der Moortherapie mit Zuhilfenahme von laxierenden Wässern, Eisenquellen, geeignetem Terrain, Hydrotherapie und komfortabler Lebensführung.

Der Badearzt muss, wenn er erfolgreich sein will, eine umfangreiche allgemein-medizinische Bildung besitzen.)

194. Ukolow, Zur intravenösen Hedonalnarkose. Wojenio Med. Journ. Ma-Juni. (Bericht über 71 Narkosen. Die Narkose ist unschädlich und übertrifft alle anderen Methoden. Sie ist für Operationen in der Bauchhöhle nicht weniger wertvoll als an Kopf und Hals. Der tiefe, langdauernde, postoperative Schlaf ist nicht nur nicht schädlich, sondern im Gegenteil wünschenswert, weil er den Kranken über die schwerste Zeit hinweghilft.) (H. Jentter.)

195. Van der Velde, Luetische Infektion bei Ausschabung. Ned. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. XXII. 3. (Van der Velde demonstriert Spirochäten, die er aus dem Blute eines jungen Mädchens gezüchtet hat, das bei einer Curettage von einem anderen Arzt infiziert worden war und das seitdem an Sepsis leidet. Der Spirochät hat keine Ähnlichkeit mit dem der Lues. Vortragender ist mit der weiteren Untersuchung beschäftigt.) (Mendes de Leon.)

196. Velden, R., von den, Zur Lehre vom Infantilismus. Zeitschr. f. Geb. Bd. 74.

197. Vogt, E., Die klinischen und anatomischen Grundlagen der Trendelenburgschen Operation bei der puerperalen Lungenembolie. Zeitschr. f. Geb. Bd. 73.

198. Wagner, Über familiäre Chondrodystrophie. Arch. f. Gyn. Bd. 100.

199. — v. Jauregg, Bemerkungen zu dem Aufsatz Bossis. Wiener klin. Wochenschr. 1912. Nr. 47. (Verf. wehrt die Angriffe Bossis gegen die Psychiatrie ab.)

200. Waldschmidt, N., Die Unterdrückung der Fortpflanzungsfähigkeit und ihre Folgen für den Organismus. Preisgekrönte Arbeit der med. Fakultät der Universität Tübingen. Stuttgart, F. Encke. 177 Seiten, (Ausführliche Literaturzusammenstellung und zahlreiche wertvolle statistische Angaben vom kulturhistorischen und medizinischen Standpunkt.)

201. Weil, Zusammenhang zwischen Blutgerinnungszeit und Uterusblutungen. Soc. de Biol. 20 Avril 1912. Ref. Wiener med. Wochenschr. p. 227. (Weil fand, dass die verlängerte Gerinnungszeit im Zusammenhang mit verstärkten Uterusblutungen oder Nasenbluten bestünde und dass durch Beeinflussung der Blutgerinnungszeit mittelst Allgemeinbehandlung auch die Blutverluste hintangehalten werden könnten.)

202. Wertenbarker, C. P., Eugenische Grundsätze und die öffentliche Wohlfahrt. New York. Med. Journ. p. 602. (Die Bedeutung der Vererbung wird theoretisch und praktisch bewiesen. Die Ausschaltung minderwertiger Menschen bei der Fortpflanzung kann erreicht werden: 1. Durch Absonderung, 2. durch Sterilisierung, 3. durch obligatorischen ärztlichen Heiratskonsens, 4. durch allgemeine Erziehung und Belehrung des Volkes.)

203. Wetzel, E., Die künstliche Sterilisation der Frau. Diss. Würzburg.

204. Wiljamowsky, Der therapeutische Wert des Ovaradentriferrins. Prakt. Wratsch. 1912. Nr. 47. (Gute Resultate bei Chlorose und im Klimakterium.) (H. Jentter.)

205. Zaborowski, Demonstration von vier postoperativen Präparaten. Przeglad chir. i gin. Bd. 8. Heft 11. p. 324. (Polnisch.) (Darunter ein rupturierter Uterus durch Amputation beseitigt mit Genesung.) (v. Neugebauer.)

206. Zarotzky, Übersicht der Literatur über gynäkologische Röntgentherapie im Jahre 1912. Journ. akusch. i shensk. bol. März-April. (Sammelreferat.) (H. Jentter.)

207. Zarnik, Über die Entstehung des Hermaphroditismus. Münchn. med. Wochenschr. p. 1575.

IV.

Ovarien.

Referent: Professor Dr. Theodor Heynemann.

I. Abschnitt.

1. Anatomie, Physiologie, Biologie, Entwickelungsstörungen, Lagerungsfehler, Allgemeines über Ovarialerkrankungen.

(S. auch unter 1a.)

1. *Abel, W., and A. Louise Mc Ilroy, The arrangement and distribution of the nerves in certain mammalian ovaries. Proc. of the roy. soc. of med. Nr. 7. Obstetr. and gyn. sect. p. 240.
2. Adachi, Knochenbildung im Corpus albicans. Zentralbl. f. pathol. Anat. Bd. 24. Heft 19. (Linkes Ovarium in Verwachsungen. In ihm eine knochenharte Stelle. Es handelt sich um Knochenbildung in einem Corpus albicans.)
3. *Aschner, B., Über brunstartige Erscheinungen (Hyperämie und Hämorrhagie am weiblichen Genitale) nach subkutaner Injektion von Ovarial- oder Plazentarextrakt. Arch. f. Gyn. Bd. 99. p. 534.
4. *— Über den Einfluss der Ovarialnervendurchschneidung auf das Ovarium. 85. Versamml. deutsch. Naturf. u. Ärzte in Wien. Gyn. Sekt. 22. Sept. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 41. p. 1502.
5. *Bab, J., Akromegalie und Ovarialtherapie. 85. Versamml. deutsch. Naturf. u. Ärzte in Wien. Gyn. Sekt. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 46. p. 1679.
6. *— Organotherapeutische Erfahrungen und Anwendung von Aphrodisiaca in der Gynäkologie. 85. Versamml. deutsch. Naturf. u. Ärzte in Wien. Gyn. Sekt. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 46. p. 1678.
7. *Bandler, Samuel Willys, The therapeutic-differential diagnosis of constitutional dysmenorrhoea. Arch. of diagn. 6. p. 5. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. Bd. 1. p. 471.
8. *Bell, W. Blair, The Arris and Gale lectures on the genital function of the ductless glands in the female. Lancet. 184. p. 809 u. 937. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. Bd. 1. p. 817.
9. Bender, Ovaire ossifié. Soc. anat. de Paris. 7 Févr. Presse méd. Nr. 15. p. 144. (Demonstration eines Ovariums von normaler Grösse, aber brettharter Konsistenz. Es erwies sich als völlig ossifiziert, durch Metaplasie des Bindegewebes.)
10. Bossi, Eierstocks-Uteruskrankheiten. Leipzig bei B. Konegen.
11. Brooks, Harlow, Involvement of the ovary in epidemic parotitis. Journ. of Amer. med. Assoc. Febr. 1. p. 359. (I. Fall: Gesunde 28jährige Frau, wiederholt geboren. Linksseitige Parotitis mit hoher Temperatur. Sieben Tage später zeigte sich das Ovarium der gleichen Seite vergrössert, sehr schmerzhaft und weich, so dass zunächst an eine Salpingitis mit Ovarientumor gedacht wurde. Gleichzeitig flackerte eine alte Endokarditis der Mitralis wieder auf. Nach zwei Tagen liessen die Ovarialschmerzen nach. Es traten die Menses ein, 10 Tage vor dem gewöhnlichen Termin und stärker wie sonst. Danach gingen Dicke und Weichheit des Ovariums zurück. Es blieb aber noch schmerzhaft und vergrössert. In den nächsten fünf Jahren trat keine Schwangerschaft ein. II. Fall: 24jährige, kinderlose Frau. Doppelseitige Parotitis, fünf Tage später doppelseitige Unterleibsschmerzen. Beide Ovarien hühnereigross, weich und sehr schmerzhaft. Zwei Tage später starke Schwellung, Rötung, Spannung und Schmerzhaftigkeit beider Brustdrüsen. Nach einem Monat völlig wieder gesund. Sie blieb sieben weitere Jahre in Beobachtung. Es traten niemals wieder Ovarialbeschwerden auf, doch waren die Ovarien leicht palpabel. Es trat keine Schwangerschaft ein. Ihr Ehemann hatte zuvor eine schlecht behandelte Lues durchgemacht. Die vorher vollen

und straffen Brüste waren schlaff und atrophisch geworden. III. Fälle aus der Literatur werden mitgeteilt.)

12. *Bucura, Constantin J., Zur Theorie der inneren Sekretion des Eierstockes. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 51. p. 1839.

13. Charrier, André, Les cystes hématiques on hématomes de l'ovaire. Gaz. des hôp. p. 245. (Jede Blutansammlung innerhalb des Ovarialgewebes gehört in dieses Gebiet. Die klinische Bedeutung ist nicht allzu gross. Grössere können peritonitische Erscheinungen machen. Im allgemeinen spontane Heilung.)

14. Chiene, George L., Ruptured primary ovarian pregnancy. Edinburgh Obstetr. Soc. Jan. 8. Lancet. Nr. 184. p. 391. Edinburgh med. Journ. 10. p. 316. (34jährige Frau. Zeichen der inneren Blutung, Menses nicht ausgeblieben. Laparotomie. Reichlich Blut in der Bauchhöhle. Am uterinen Ende des rechten Ovariums eine etwa kirschgrosse Geschwulst. Von dem entfernten Ovarium wurden Serienschnitte angefertigt. Es wurden Chorionzotten gefunden. Ein Föt, Corpus luteum und Deciduazellen waren nicht vorhanden. Die Dauer der Schwangerschaft wird auf 10 oder 22 Tage geschätzt. In der Diskussion weist Barbour unter anderen auf das Auffallende hin, dass das uterine und nicht das der Tubenmündung benachbarte Ende des Ovariums erkrankte.)

15. Cohn, Franz, Die klinische Bedeutung der Follikelsprungstellen im Ovarium. Arch. f. Gyn. Bd. 99. p. 505. (Vortrag im Greifswalder med. Verein, bereits im Jahresbericht 1912 referiert.)

16. Czyborra, Uterus und Ovarien nach der Röntgenbestrahlung. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. 28. Juni. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. p. 354. (40jährige Frau, im Laufe von $2^1/_2$ Jahren mit 1800 X bestrahlt. Der Tumor (Myom) war auf ein Viertel seiner Grösse heruntergegangen. Trotz sehr geringen Blutabganges wurde auf Wunsch der nervösen Patientin operiert. An beiden Ovarien fehlten Graafsche Follikel. Primordialfollikel nur noch notdürftig zu erkennen, degeneriert und mit einem Detritus unbestimmter mikroskopischer Formation angefüllt. Bindegewebe beherrscht das ganze Bild. Die Ovarien sind sehr klein, 10 : 5 : 3 mm gross.)

17. Duchamp, Hypertrophie des ovaires. Soc. de Saint-Etienne. 5 Févr. Presse méd. (Vergrösserte Ovarien bei Uterusmyom. Das rechte war 10 cm lang, 4 cm breit und $1^1/_2$ cm dick. Der Konsistenz und dem Aussehen nach waren sie normal.)

18. Emden, Alex van, L'ovarite scléro-cystique, diagnostic et traitement. Gaz. de gyn. p. 37. (Zwei kasuistische Beiträge. Die heftigen Schmerzen zwangen zur Operation, da konservative Massnahmen ohne Erfolg blieben.)

19. *Frankl, Oskar, Über die Ovarialfunktion bei Morbus Basedowii. Verhandl. d. deutsch. Ges. f. Gyn. Bd. 15. Teil II. p. 64. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 22. p. 800. Gyn. Rundschau. Nr. 17. p. 619.

20. Goldstein, Kurt, Akromegalie nach Kastration bei einer erwachsenen Frau. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 14. p. 757. (Mit 39 Jahren wurden wegen Myom und Adnextumoren Uterus und Adnexe vollständig entfernt. Bei der stets grossen und grobknochigen Frau machten sich jetzt deutliche Zeichen von Akromegalie geltend.)

21. Govaerts, Paul, Recherches sur la structure de l'ovaire des insectes, la différenciation de l'ovocyte et sa période d'accroissement. Arch. de biol. Nr. 3. p. 347.

22. *Graves, W. P., Influence of the ovary as an organ of internal secretion. Amer. Journ. of Obstetr. April. p. 649.

23. Grimsdahle, T. B., Case of ovarian pregnancy with full time foetus. Journ. of Obst. of the Brit. emp. 23. p. 115. (22jährige Frau; drei Entbindungen, letzte vor zwei Monaten. Schon seit drei Jahren Tumor im Leib. Derber, gut beweglicher, runder Tumor bis in Nabelhöhe. Uterus rechts neben dem Tumor. Laparotomie. Der Tumor befindet sich an der Stelle des linken Ovariums, die linke Tube und Mesosalpinx sind normal und nicht in den Tumor mit einbezogen. Im Tumor ein ausgetragener Fetus und Plazenta. Mikroskopisch in der Tumorwand kein Ovarialgewebe.)

24. Harms, W., Überpflanzung der Ovarien in eine fremde Art. Zweite Mitteilung. Versuche an Tritonen. Arch. f. Entwickelungsmechanik d. Organismus. Bd. 35. p. 748.

25. *Heimann, Fr., Über die Beziehungen von Thymus und Ovarien zum Blutbild. Verhandl. der deutsch. Ges. f. Gyn. Bd. 15. Teil 2. p. 261. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 23. p. 843.

26. *Heineck, A. P., Hernien mit Ovarium und Tube als Inhalt. Pacif. med. Journ. 1912. Oct., Nov., Dec., Jan., Febr. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 20. p. 750.

27. *Hirsch, Joseph, Über die Behandlung von Störungen der inneren Sekretion der Ovarien mit Glanduovin (Extractum ovariale). Berl. klin. Wochenschr. Nr. 39. p. 1819.
28. *Jaschke, Rud. Th., Der klimakterische Symptomenkomplex in seinen Beziehungen zur Gesamtmedizin. Prakt. Ergebn. Bd. 5. p. 275.
29. Jessup, D. S. D., Adrenal rest in the ovary. Proc. of the New York. pathol. Soc. Nr. 3/4. p. 67. (In der Rinde des Ovariums eines Neugeborenen wurde eine Gruppe von Zellen gefunden. Sie waren kreisförmig angeordnet und werden als Nebennierengewebe gedeutet.)
30. *Isovesco, Action sur l'organisme d'un lipoide (V. D. C.) extrait de l'ovaire. Soc. de biol. de Paris. 15 Nov. Presse méd. Nr. 94. p. 945.
31. *Kalledey, L., Zur Lehre von der Ätiologie und Organotherapie der Uterusblutungen. Verhandl. d. deutsch. Ges. f. Gyn. Bd. 15. Teil 2. p. 88. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 22. p. 801.
32. *Keller, R., Über Funktionsprüfungen der Ovarialtätigkeit. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 39. p. 2162.
33. *Kingsbury, B. F., The morphogenesis of the mammalian ovary, felis domestica. Amer. Journ. of Anat. Nr. 3. p. 345.
34. *Kleemann, Erich, Experimentelle Ergebnisse über die Wirkung von Hypophysenextrakt kastrierter und der Corpora lutea beraubter Tiere. Arch. f. Gyn. Bd. 101. p. 351.
35. Kufs, Hugo, Beiträge zur Diagnostik und pathologischen Anatomie der tuberösen Hirnsklerose und der mit ihr kombinierten Nierenmischtumoren und Hautaffektionen, und über den Befund einer akzessorischen Nebenniere in einem Ovarium bei derselben. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Orig. Bd. 18. Heft 3. p. 291. (39jährige Patientin mit tuberöser Hirnsklerose. Lateral an beiden Ovarien mehrere taubeneigrosse Zysten mit schleimigem Inhalt und glatter Innenfläche. Median im rechten eine 1 cm lange und bis zu 4 mm breite Gewebspartie, die deutlich zwei gelbe Rundschichten und eine tiefbraune Mittelzone erkennen lässt. Die Randschichten bestehen aus reihen- und haufenartig angeordneten Zellen, die bei Scharlachrotfärbung wie mit feinsten roten Kügelchen bestäubt sind. Die Mittelzone besteht aus polymorphen und verästelten Zellen mit braunem Pigment. Im Uterus Myome. Es handelt sich um eine embryonal angelegte Entwickelungsanomalie, die in Übereinstimmung mit den bei tuberöser Hirnsklerose an anderen Organen vorkommenden Entwickelungsanomalien steht.)
36. *Kolde, Wolfgang, Veränderungen der Nebenniere bei Schwangerschaft und Kastration. Arch. f. Gyn. Bd. 99. p. 272.
37. *Kosmak, Geo W., Die Bedeutung der Ovarialerkrankungen für die Entstehung der Sterilität. Bull. of the Lying-in hospital of the City of New York. June.
38. *Lampé, Abderhaldensche Reaktion beim Morbus Basedow. Verhandl. der deutsch. Ges. f. Gyn. Bd. 15. Teil 2. p. 300.
39. *Landsberg, Erich, Die Bedeutung der innersekretorischen Drüsen für den Stoffwechsel in der Schwangerschaft. Verhandl. d. deutsch. Ges. f. Gyn. Bd. 15. Teil 2. p. 154. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 22. p. 805.
40. *Lee, D. F., Conservation of ovarian tissue and its power of compensation. Indianopolis med. Journ. Nr. 5. p. 180. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. Bd. 2. p. 383.
41. *Levant, A., Des Effets produits sur l'ovaire par les rayons X. Arch. mens. d'obst. Tome 4. p. 494.
42. Lindsay, J., The ovum in the relation to sterility and abortion. Glasgow. med. Journ. p. 1. (Verf. will Ovarialveränderungen und Störungen in der Ovarialfunktion eine grosse Bedeutung für die Sterilität und dem Eintritt des Aborts geben.)
43. *Loofs, F. A., Paraffineinbettungsverfahren für Uterus und Ovarien. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. p. 177.
44. *Loyez, Marie, Rôle du tissu conionctif dans l'atrésie folliculaire physiologique chez la femme. Compt. rend. des séanc. de la soc. de biol. p. 92.
45. *Mac Ilroy, A. Louise, Ovarian secretion. A review. Journ. of obstetr. and gyn. of the Brit. emp. Vol. 23. May. p. 265.
46. *Mannaberg, J., Über Versuche, die Basedowsche Krankheit mittelst Röntgenbestrahlung der Ovarien zu beeinflussen. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 18. p. 693.
47. *Meyer, Robert, Über die Beziehung der Eizelle und des befruchteten Eies zum Follikelapparat, sowie des Corpus luteum zur Menstruation. Arch. f. Gyn. Bd. 100. p. 1. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. 28. Febr.

48. Moschcowitz, Eli, Über Verkalkung und Knochenbildung im Ovar, Tube, Herniensack usw. Proc. of the New York. pathol. Soc. Jan. u. Febr. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 39. p. 1463. (In fünf Ovarien wurde zum Teil Kalkablagerung, zum Teil Knochen gefunden, dessen Bildung vom Zentrum der Kalkmasse ausging. Die Ursache lag stets in einer Verkalkung des Corpus albicans. Von der. Peripherie dringen Kapillaren und Fibroblasten hinein, die sich später in Osteoblasten umwandeln. In der Wand einer chronisch entzündeten Tube fand sich ähnliches. Kalkeinlagerung wurde auch in dichtem, hyalinem, subperitonealem Gewebe eines Bruchsackes gefunden.)

49. *Mulon, P., et de Jong, Corps jaunes atrésiques de la femme. Leur pigmentation. Compt. rend. des séances de la soc. de biol. p. 585.

50. *Obregia, M., C. Parhon et C. Urechia, Recherches sur les glandes génitales testicules et ovaires dans la démence. Encephale 8. p. 109. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. Bd. 1. Heft 9. p. 368.

51. Oehmann, K. H., Über Ovarialhämatom und Ovarialblutung. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. p. 283. (Sechs Fälle von intraabdominaler Blutung aus dem Ovarium. Dreimal bestand das Ovarialhämatom aus einem Corpus luteum-Hämatom und zweimal hatte sich ein grösseres Hämatom in der Mitte des Ovarialstromas gebildet. Entzündliche Veränderungen waren an den Ovarien nicht vorhanden, wohl aber bestand einmal eine Salpingitis purulenta acuta und einmal eine Salpingitis purulenta chronica. Mikroskopische Untersuchungen wurden stets vorgenommen. Die beste Therapie ist die Operation.)

52. Pancot, H., et A. Delbeyre, Etude sur les grossesses ovariennes jeunes. Ann. de gyn. et d'obst. 10. p. 129. (24jährige Frau. Januar 1912 krimineller Abort durch Hebamme. 3. Nov. Laparotomie wegen Verdacht auf linksseitige Tubargravidität. Linke Anhänge entfernt. Das linke Ovarium ist etwa kastaniengross, graurötlich, nicht durchblutet. Es enthält neben einem gelben Schwangerschaftskörper eine Höhle mit einer weisslichen Membran. Fötales Gewebe, Syncytium oder Zotten wurden nicht gefunden, sondern nur Degenerationserscheinungen, die auf den Einfluss eines vor längerer Zeit abgestorbenen Eies zurückgeführt werden. Die Autoren nehmen nach den Befunden an jungen Eierstocksschwangerschaften an, dass die synzytialen Elemente sicher aus dem Ektoderm des Föt entstehen und dass die deciduale Reaktion für die Einbettung und die erste Entwickelung des Eies nicht notwendig ist. Bei der Festsetzung des befruchteten Eies im Ovarium handelt es sich um einen aktiven Vorgang, bei dem Zellelemente zerstört werden.)

53. Pfeilsticker, Wolfgang, Lebensbedrohliche intraperitoneale Blutung aus einem Graafschen Follikel. Med. Korrespond.-Blatt d. Württ. ärztl. Landesvereins. Bd. 83. Heft 34. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 37. p. 1806. (Erster Fall: Quelle der Blutung lag in einem Corpus luteum des linken Ovariums. Ein Liter Blut in der Bauchhöhle. Im zweiten Falle war sie in einer geplatzten Corpus luteum-Zyste zu suchen. Zwei Liter Blut in der Bauchhöhle.)

54. *Popielsky, L., Über die spezifischen, gerinnungshemmenden und blutdruckherabsetzenden Substanzen des weiblichen Genitalapparates. Biochem. Zeitschr. Bd. 49. p. 168.

55. Pozzi et Rouhier, Ovaire géant. Soc. anat. de Paris. 11 Juillet. Bull. de la soc. Nr. 7. p. 369. Presse méd. Nr. 58. p. 589. (28jährige Frau, Blutungen und Schmerzen, sehr schmerzhafte Resistenz im Douglas. Laparotomie. Es handelte sich um die beiden vergrösserten Ovarien. Das linke war um das Sechsfache des Normalen (7,5 : 3 : 2 cm) vergrössert und besonders schmerzhaft. Es wurde entfernt. Es enthielt ein grosses Corpus luteum und zeigte histologisch Hypoplasie mit zahlreichen Narben atretischer Follikel.)

56. Raymond, Bonneau, Peritoneale Blutung durch spontane Ruptur einer uteroovariellen Vene. Revue mens. de gyn., d'ostetr. et de péd. Nr. 4. (34jährige Frau. Beim Rücken plötzlich heftiger Schmerz in der linken Unterbauchgegend. Zeichen einer inneren Blutung. Laparotomie. Es befindet sich ein kleiner Riss in einer nicht erweiterten uteroovariellen Vene. Durch Naht wird Heilung erzielt. Keinerlei Anzeichen für Extrauteringravidität.)

57. *Recasens, L'homoorganothérapie dans le traitement de quelques ginécopathies. XVII. Intern. med. Kongr. in London. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. p. 459.

58. *Regaud, Cl., et Ant. Lacassagne, Sur l'évolution générale des phénomènes determinés dans l'ovaire de la lapine par les rayons X. Compt. rend. des séances de la soc. de biol. p. 601.

59. Ries, Alternierende Adnexschwellungen. Deutsche med. Ges. in Chicago. 27. Febr. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 27. p. 1522. (Vergrösserter Uterus, doppelseitige Corpus luteum- und candicans-Zysten, ausgedehnte Adhäsionen mit der Umgebung infolge einer früheren Appendizitis. Dieser Befund soll das Auftreten bis mannskopfgrosser Tumoren während der Menses verständlich machen. Das unter Umständen beim Follikelsprung reichlich austretende Blut soll durch die Verwachsungen am Ausfliessen gehindert werden. 16 solcher Fälle kamen ihm zur Beobachtung.)

60. *Roessle, Über die Hypophyse nach Kastration. Naturw.-med. Ges. zu Jena. 27. Febr. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 17. p. 952.

61. — Zwei Fälle von Verwachsung beider Ovarien. Naturw.-med. Ges. zu Jena. 13. Nov. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 51. p. 2862. (I. 52jährige Frau, Nullipara, narbige Verwachsung beider Ovarien miteinander durch Perioophoritis. Da Tuben und Uterus frei und ohne Veränderungen sind, ist die Ursache der Sterilität wohl in der Verwachsung und Verlagerung der Ovarien zu suchen. II. 79jährige Vpara. Myome und chronische Endometritis. Tuben so gut wie intakt. Starke Verwachsung beider Ovarien.)

62. *Rost, G., und Fr. Krüger, Wirkung von Strahlentherapie auf die Keimdrüsen des Kaninchens. Med. Ges. zu Kiel. 20. Nov. Münchn. med. Wochenschr. 1914. Nr. 2. p. 103.

63. *— — Experimentelle Untersuchungen zur gynäkologischen Tiefentherapie. Strahlentherapie. Bd. 2. p. 314.

64. Rouville, de, Un cas d'antogreffes ovariennes humaines. Réunion obstétr. de Montpellier. 3 Déc. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. Déc. p. 823. (23jährige, sehr nervöse Patientin, Klagen über sehr heftige Schmerzen im Unterleib, besonders bei der Regel und der Kohabitation. Bei der Untersuchung findet sich ein normaler Genitalbefund. Nur sind die Ovarien sehr druckempfindlich. Laparotomie. Keine Verwachsungen. Alle Organe anscheinend gesund. Die kleinen und kleinzystischen Ovarien werden unter die Haut der Laparotomiewunde transplantiert. Einen Monat später ohne alle Beschwerden. Die transplantierten Ovarien ohne Veränderung. $3^1/_2$ Monate nach der Operation: Die Menses sind vor $1^1/_2$ Monat wieder aufgetreten. Wohlbefinden. An den Ovarien subjektiv zeitweise leichte Stiche, objektiv keine Veränderung. $9^1/_2$ Monate post laparotomiam: In den Ovarien dauernd leichte Stiche. Das rechte ist um das Dreifache, das linke um das Doppelte vergrössert und wenig druckempfindlich. Wenige Tage später tritt die seit Monaten fortgebliebene Menstruation wieder auf. Später wieder etwas Beschwerden und Blutungen. Dann regelmässige Menstruation und Wohlbefinden. Wegen erneuter Beschwerden $1^1/_2$ Jahre nach der Transplantation Entfernung der Ovarien, die fest mit der Umgebung verwachsen und vaskularisiert sind. Es finden sich einige sich entwickelnde Graafsche Follikel und Follikelzysten; ein Corpus luteum hypertrophisch, vor der Degeneration; eine Anzahl Corpora albicantia und einige pigmentierte Zellen. Dagegen ist die interstitielle Drüse fast völlig geschwunden.)

64a. Rouville, G. de, et Arrivat, Un cas de cysthématome menstruel postopératoire. Arch. mens. d'obst. Juin. p. 529.

65. *Schickele, Wehenerregende Substanzen und ihre Beziehungen zur inneren Sekretion. Verhandl. d. deutsch. Ges. f. Geb. u. Gyn. Bd. 74. Teil 2. p. 146. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 24. p. 880.

66. *— G., Der Einfluss der Ovarien auf das Wachstum der Brustdrüsen. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 74. p. 332

67. *Schiller, Ignaz, Über somatische Induktionen auf die Keimdrüsen bei den Säugetieren. 1. Mitteil. Arch. f. Entwickelungsmechanik der Organism. Bd. 38. Heft 1. p. 136.

68. *Schroeder, Robert, Über die zeitlichen Beziehungen der Ovulation und Menstruation. Arch. f. Gyn. Bd. 101. p. 1.

68a. Seedorf, M., Haematoma ovarii. Ugeskrift for Laeger. Kopenhagen. p. 73—93. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 1. p. 102. (Horn.)

69. *Seitz, L., Die Störungen der inneren Sekretion in ihren Beziehungen zu Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. 8. Ovar und Schwangerschaft. Verhandl. der deutsch. Ges. f. Gyn. Bd. 15. Teil 1. p. 405.

70. Simon, Siegfried, Untersuchungen über die Einwirkung der Röntgenstrahlen auf die Eierstöcke. Inaug.-Diss. Bonn.

71. *Sommer, Maria Paula, Über die Ovarialveränderungen bei Mäusen und Kaninchen nach Cholininjektionen. Strahlentherapie. Bd. 3. p. 871.
72. *Stolper, Lucius, Über den Einfluss der weiblichen Keimdrüse auf den Zuckerstoffwechsel. Gyn. Rundschau. Nr. 3. p. 93.
73. *Soula, L. C., Influence de la castration sur les processus de protéolyse et d'aminogenèse dans les centres nerveux. Compt. rend. des séanc. de la soc. de biol. Tome 74. p. 758.
74. *Tuffier, Les greffes ovariennes. Acad. de méd. de Paris. 4 Mars. Presse méd. Nr. 19. p. 184.
75. *— Th., Les greffes ovariennes humaines. Journ. de chir. Nr. 5. p. 529.
76. *— et Vignes, Etude anatomique de quatre greffes ovariennes chez la femme. Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris. Nr. 3. p. 148.
77. —, Louis Géry et Vignes, Etude anatomique sur l'invention d'un ovaire greffé et remarques sur la processus histologique de la greffe. Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris. Nr. 4. p. 193. (41jährige Frau, 12. Juli 1912. Uterus wegen Fibromen entfernt, ein Ovarium in das subkutane Fettgewebe transplantiert. Drei Jahre später Exitus. Das transplantierte Ovarium stellte ein hufeisenförmiges Gebilde dar. Es besteht vor allem aus Bindegewebe, das mit der Umgebung in engster Verbindung steht. Einige hyaline Narben alter Corpora lutea sind vorhanden, sowie eine kleine Follikelzyste.)
78. *Varaldo, F. R., Experimentelle Untersuchungen über Eierstocksveränderungen infolge wiederholter Adrenalineinspritzungen. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 37. p. 1350.
79. *Voronoff, Greffes ovariennes. XVII. Intern. Kongr. in London. 6.—12. August. Presse méd. Nr. 73. p. 735. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 49. p. 1802.
80. Webb, H. Gordon, Ovarian dyspepsia. Practitioner. Vol. 90. p. 897. (Webb fand bei schweren, akuten Magenerscheinungen starke Druckempfindlichkeit der Ovarien. Die bei solchen Frauen entfernten Ovarien zeigten eine kleinzystische Degeneration und fibröse Umwandlung der Rindenschichten. Die Entfernung brachte Heilung.)
81. Whithouse, Beckwith, Ovarian grafting. Clin. Journ. May. 21. Referat: Brit. med. Journ. August 9. p. 23. (Entfernung beider entzündeten Anhänge. Ein Stück Ovarialgewebe wird in die Bauchwand eingepflanzt. Zehn Monate später ohne alle Beschwerden normale Menses. Keine Beschwerden an der Stelle der Einpflanzung.)
82. *— The autoplastic ovarian graft and its clinical value. Brit. med. Journ. Sept. 27. p. 783. (Laparotomie bei 29jähriger Frau wegen chronisch entzündeter Adnexe. Beide Anhänge werden entfernt. Das rechte wies einen Abszess auf, beim linken war noch ein gesunder Abschnitt vorhanden. Er wurde in kleine Stücke zerteilt und auf das subperitoneale Gewebe, den Musculus rectus und die Rektusscheide verteilt. Die Transplantation auf die Rektusscheide erscheint besonders empfehlenswert wegen der reichlichen Gefässversorgung, der Ausführbarkeit am Ende der Laparotomie und der Möglichkeit, die implantierten Stücke wieder zu entfernen. Nach einiger Zeit trat normale Menstruation auf. Ausfallserscheinungen bestanden nicht. Der Erfolg wird besonders auch auf die Implantation in Form kleiner Gewebsstückchen zurückgeführt.)
83. Wolz, Elisabeth, Untersuchungen zur Morphologie der interstitiellen Eierstockdrüse des Menschen. Inaug.-Diss. Bonn.
84. Zimmermann, Karl v., Über intraabdominale Blutungen aus den Genitalorganen der Frau, mit besonderer Berücksichtigung der Blutungen aus den Ovarien. Inaug.-Diss. Freiburg i. Br. 1912. (17jährige Virgo intakta. Erscheinungen einer Perforationsappendizitis. Laparotomie. Schwere Blutung aus einer Corpus luteum-Zyste. Sieben weitere Fälle aus der Literatur werden angeführt. Bei einem stammte die Blutung aus einer Follikelzyste. Bei Erscheinungen einer intraabdominalen Blutung ohne Trauma und intaktem Hymen ist an die vorliegende Erkrankung zu denken.)
85. *Zoeppritz, Zur Behandlung der Amenorrhoe. Verhandl. d. deutsch. Ges. f. Gyn. Bd. 15. Teil 2. p. 498. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 25. p. 924.

Anatomie der Ovarien.

Robert Meyer (47) bespricht den Einfluss der Eizelle auf das Follikelepithel. Von der ersten Entwickelung bis zur Atresie steht das Leben des Follikelepithels und der Theka in Abhängigkeit von der Eizelle. Auch die Bildung des

Corpus luteum ist abhängig vom Ei und zwar von seiner Befruchtungsreife. Wird das Ei befruchtet, so wirkt es auf das Corpus luteum erhaltend. Die Luteinzellen entstehen aus dem Granulosaepithel. Stets wird das Ei befruchtet, welches während oder nach der Menstruation den Follikel verlässt. Der Eintritt einer neuen Menstruation bezeichnet den spätesten Termin des Eitodes der vorangegangenen Ovulation. Es gibt eine Art abortiver Corpus luteum-Bildung, bei welcher die Degeneration schon während der Entwickelung erfolgt, wahrscheinlich eine Folge vorzeitigen Eitodes. Es gibt ferner eine partielle akzessorische Luteinsaumbildung in der Wand zystisch atresierender Follikel, die in ihrer Ausbildungsstufe der Entwickelung des Corpus luteum entspricht. Die Anwesenheit einer reifen Eizelle genügt also nicht nur, die gewöhnliche Follikelatresie aufzuhalten, sondern es regt auch die Bildung des Corpus luteum und Luteinbildungen in noch anderen Follikeln an. Sie hemmt die Reifung weiterer Eier.

Robert Schroeder (68) stellte fest, dass der reife Follikel in der Zeit vom 14.—16. Tage nach Beginn der Regel platzt, dass das nun sich rasch bildende Corpus luteum normalerweise mit der Prämenstruumschwellung der Uterusschleimhaut zeitlich zusammenfällt und auch wohl sicher als die auslösende Ursache für diese Umwandlung anzusehen ist. Bei Schwangerschaft ist das Ei nach der letzten vollgültigen Regel das befruchtete.

Aschner (4) gelang es, durch Nervendurchschneidung am Ovarium isoliert die interstitielle Drüse zum Schwinden zu bringen, während der Follikelapparat erhalten blieb. Diesem Befunde entsprechen die Veränderungen an transplantierten und nach Uterusexstirpation zurückgelassenen Ovarien. Sie und ebenso die nach Uterusexstirpation auftretenden Ausfallserscheinungen wären demnach auf Durchtrennung der vom Uterus heranziehenden Nerven und dadurch bedingten Untergang der interstitiellen Drüse zurückzuführen. Diese Nerven wären also bei der Uterusentfernung möglichst zu schonen. Es wird nach Durchschneidung der Nerven möglich sein, die Veränderungen zu studieren, die durch isolierte Atrophie der interstitiellen Drüse am Genitale, an den sekundären Geschlechtscharakteren, und Knochenwachstum eventuell entstehen.

Loyez (44) hat Untersuchungen des Bindegewebes bei der physiologischen Follikelatresie angestellt. Die Follikelhöhle wird durch Einwucherung von Stromazellen ausgefüllt, aber nicht von der Theca folliculi aus. Auf gleiche Weise entsteht die gewundene Membran der atretischen Follikel. Eine Hypertrophie der Theca interna fehlt meistens, sie ist nicht die Ursache der Follikelatresie, sondern lediglich eine Begleiterscheinung.

Nach Mulon und de Jongs (49) Untersuchungen an menschlichen Ovarien führt die Follikelatresie zu einem Untergang des Follikelepithels, zum Auftreten jungen Bindegewebes und zu gelben Einlagerungen in die wuchernde Theca interna. Vor dem Auftreten des Pigments zeigen die Zellen Cholestearineinschlüsse. Hierdurch entsteht eine Ähnlichkeit mit Zellen der Nebennierenrinde.

Abel und McIlroy (1) haben die Ovarien von Hunden, Katzen und Kaninchen auf Anordnung und Verteilung des Nervengewebes untersucht. Sie verwandten dafür eine Modifikation der Methode Ramon y Cajals, die sie beschreiben. Durch den Hilus treten zahlreiche Nervenbündel in das Ovarium ein. Eine 1. Gruppe begleitet die Gefässe in dichten Zügen und endet in ihrer Muksularis und Intima. Eine 2. Gruppe geht direkt zur Follikelzone und bildet feine Geflechte in der Tunica externa und interna der Follikel. In die Membrana granulosa dringen keine Nervenfasern. Eine 3., kleinste Gruppe befindet sich im interstitiellen Gewebe. Hier finden sich zahlreiche Anschwellungen im Verlaufe der Nervenfasern, die aus kleinen, rundlichen Zellen bestehen und wohl eine Art sympathischer Nervenzellen sind. Eigentliche Ganglienzellen wurden nicht gefunden. Die Funktion der Ovarialnerven, deren Gruppen durch Anastomosen miteinander verbunden sind, ist in erster Linie eine vasomotorische.

Ignaz Schiller (67) band zehn weissen Mäusen den Oberschenkel der hinteren Extremität ab und tötete sie nach 24—36 Stunden. In ihren Ovarien fand er 76 % degenerierte Eier, Pyknose der Kerne am Follikelepithel und hyalin degeneriertes Protoplasma, während bei zehn Kontrollmäusen nur 1 % degenerierte Eier vorhanden waren. Die Ursache der Schädigung wird in toxischen Substanzen gesucht, die durch die lange Zeit dauernde Stauung im Blute entstanden und eine besondere Affinität zu den Keimzellen besassen.

Loofs (43) empfiehlt Ovarien- und Uterusstücke, die zur mikroskopischen Untersuchung bestimmt sind, höchstens 24 Stunden in 4%igem Formalin liegen zu lassen. Bei Stücken von $^1/_2$ cm Dicke genügen 6—8—12 Stunden. Die Formalinfixierung erwies sich geeigneter als andere Verfahren. Entwässerung soll in steigendem Alkohol erfolgen. Als Vorharz wird Zedernöl empfohlen. Die Einbettung geschieht zunächst in niedrig schmelzendem Paraffin und dann nur kurze Zeit in solchem mit einem Schmelzpunkt von 58°.

Veränderungen nach der Bestrahlung und nach Cholininjektionen.

Rost und Krüger (63) setzten bei Kaninchen die Ovarien unter Filtern von verschiedener Dicke der Röntgenbestrahlung aus. Die Wirkung der Strahlen nahm mit zunehmender Filterdicke zu. Das Optimum der Strahlenwirkung auf in 6 cm Tiefe gelagerte Ovarien lag bei 3—4 mm Aluminiumabdeckung. Die Veränderungen befanden sich vor allem an den Follikeln in allen ihren Teilen. Am empfindlichsten schien der Eikern zu sein. Das Keimepithel blieb unbeeinflusst, ebenso die Corpora lutea, das bindegewebige Stroma und die Blutgefässe. Dagegen wurden am interstitiellen Gewebe Veränderungen beobachtet. Sie schienen in einer fettigen Degeneration der Markzellen ganzer Markstränge und einer teilweisen Atrophie des interstitiellen Gewebes zu bestehen.

Regaud und Lacassagne (58) fanden nach einmaliger, intensiver Röntgenbestrahlung durch ein Aluminiumfilter hindurch folgende Veränderungen an Kaninchenovarien. Nach 14 Tagen sind fast alle kleinen und mittleren Follikel verschwunden. Epithel, interstitielles Gewebe und Corpora lutea bleiben zunächst erhalten, doch geht das interstitielle Gewebe zurück. Verschonte Follikel kommen nicht zur Reifung. Nach etwa 3 Monaten kann eine teilweise Regeneration der interstitiellen Drüse stattfinden und nach $^1/_2$ Jahre auch eine Reifung der erhalten gebliebenen Follikel, die aber nur zum Teil befruchtungsfähige Eier enthalten. Schliesslich tritt Sterilisation ein, da eine Ergänzung der zerstörten Eifollikel beim ausgewachsenen Tiere nicht eintritt.

Levant (41) berichtet über den Einfluss der Röntgenstrahlen auf die Ovarien. Die Follikel sind sehr empfindlich, sie verschwinden in kurzer Zeit vollständig. Zuerst wird die Eizelle selbst betroffen. Das Corpus luteum ist dagegen sehr widerstandsfähig und ebenso die interstitielle Drüse.

Rost und Krüger (62) injizierten Kaninchen Thorium X, ohne eine Wirkung auf Hoden oder Ovarien zu erzielen. Diese trat am Hoden ein, wenn sie ausserdem noch Röntgenstrahlen einwirken liessen. Sie blieb aber beim Ovarialfollikel aus, wenn die Dosis Röntgenstrahlen für sich allein wirkungslos war.

Mannaberg (46) bestrahlte in 10 Fällen von Morbus Basedowii die Ovarien mit Röntgenstrahlen. Der Erfolg war meistens ein guter.

Sommer (71) untersuchte die Ovarien von Mäusen und Kaninchen, denen subkutan, intraperitoneal und intravenös eine $^1/_2$—1%ige Borcholinlösung eingespritzt war. Während das Stroma der Ovarien keine wesentlichen Veränderungen zeigte, erwiesen sich manche Follikel als geschädigt. Die Eizellen wiesen Degenerationserscheinungen auf, in noch höherem Grade aber das Follikelepithel. Die Veränderungen waren erheblicher bei kleiner Dosis und bei längerer Lebensdauer nach der Injektion, als bei grösserer Dosis und kürzerer Lebens-

dauer. Die Veränderungen treten erst nach einer gewissen Latenzzeit in Erscheinung. Cholininjektionen haben eine spezifische Wirkung auf die Ovarien von Maus und Kaninchen, sie wurden daher auch therapeutisch bei Myomen und Metropathien angewandt.

Transplantation der Ovarien.

Tuffier (74) tritt dafür ein, dass in gewissen Fällen, bei denen Uterus und Anhänge entfernt werden müssen und das Zurücklassen eines Ovarium unmöglich erscheint, dieses unter die Bauchdecken transplantiert werde. Treten ovarielle Schmerzen auf, so könne das Ovarium durch einen einfachen Einschnitt leicht entfernt werden. Bei einer 26jährigen Frau trat danach $2^1/_2$ Jahre lang die Menstruation regelmässig auf. Er kann über 19 Dauerresultate nach derartigen Eingriffen berichten. In 18 Fällen erschien die Menstruation nach einigen Monaten wieder und blieb erhalten. Ausfallserscheinungen traten nicht auf.

Tuffier (75) bespricht weiter die Spätresultate der Ovarientransplantation. Von 44 Fällen konnte er 19 weiter beobachten. Bei 18 trat nach einer mehr oder weniger langen Pause (bis 7 Monaten) die Menstruation wieder auf. 3—10 Tage vor der Blutung trat eine Schwellung des transplantierten Ovariums ein, die mit Beginn der Blutung verschwand. In der menstruationsfreien Zeit machten sich Ausfallserscheinungen geltend, ebenso nach Uterusentfernung. Alle Operationen an Uterus und Ovarien sollen daher so konservativ wie möglich ausgeführt werden. Der Ort der Transplantation soll eine möglichst einfache Entfernung des Ovariums gewährleisten, falls sie später notwendig wird. Es geschah dies zweimal, beide Male waren frische Corpora lutea vorhanden, einmal auch deutlich Arterien und Venen zwischen Ovarium und umgebenden Gewebe. Für Misserfolge sind vor allem ungeeignete Ovarien, ungünstiger Ort der Transplantation und Operationsfehler verantwortlich zu machen.

Graves (22) führte in 25 Fällen eine Transplantation von Ovarien in das Ligamentum latum aus. Die Erfolge waren schlecht. Es traten ebenso häufig Ausfallserscheinungen auf wie sonst. Bei vasomotorischen Störungen nach Kastration tat Ovarienextrakt gute Dienste, sonst versagte es.

Lee (40) ist ein Anhänger der Ovarientransplantation. Es gelang ihm, durch intraperitoneale Auto- und Heterotransplantation in das Ligamentum latum und durch Heterotransplantation unter die Haut des Oberschenkels Besserung psychischer Depressionszustande und Wiederauftreten und Erhaltung der regelmässigen Periode zu erzielen. Dixon berichtet über einen Fall, in dem 4 Monate nach der Heterotransplantation die Menstruation wiederkehrte und 5 Jahre später ein Partus erfolgte.

Für die Technik der Ovarientransplantation empfiehlt Whithouse (81) folgende Methode. Das zur Verfügung stehende Ovarialgewebe wird in kleine Stückchen zerschnitten, die an den Ort der Transplantation gebracht werden. Als solcher wird besonders der Raum zwischen Rektus und Rektusscheibe empfohlen.

Tuffier und Vignes (76) berichten sodann über die histologischen Befunde von transplantierten Ovarien 4 Tage, $4^1/_2$, 3 und 2 Jahre nach der Transplantation. Die beiden ersten enthielten ein Corpus luteum, die beiden letzten eine Corpus luteum-Zyste. Alle haben demnach noch nach der Transplantation funktioniert.

Voronoff (79) führte heterogene Ovarientransplantationen bei Schafen aus. Er legte aber Wert darauf, sie nur bei Tieren der gleichen Rasse oder gar der gleichen Abstammung vorzunehmen. Die Erfolge waren ausgezeichnet. Nach 6 Monaten war das implantierte Ovarium noch völlig funktionsfähig. Er demonstrierte ein Lamm, das von einem Schaf herstammte, dem $1^1/_2$ Jahre vorher die eigenen Ovarien entfernt und ein anderes implantiert war.

Innere Sekretion.

Seitz (69) behandelt in seinem Referat für die Versammlung der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie in Halle in erschöpfender Weise die Beziehungen zwischen Ovarien und Schwangerschaft. Er kommt dabei zu folgenden Schlüssen. Die innere Sekretion der Ovarien übt auf die Entwickelung der geschlechtlichen Eigenart der Frau einen protektiven Einfluss aus. Es ist wahrscheinlich, dass es die innere Sekretion des Corpus luteum ist, die die Menstruation auslöst (Born-Fraenkel). Auch spricht vieles dafür, dass das Corpus luteum eine weitere Eireifung verhütet. Die Funktion des Corpus luteum ist nach dem Tierexperiment für die Ansiedlung und feste Einnistung des Eies sehr wichtig, ob sie absolut notwendig ist, kann für den Menschen bezweifelt werden. Die Funktion des Corpus luteum entfällt hauptsächlich auf die ersten Monate der Schwangerschaft. In ihren späteren Monaten entwickelt sich mehr und mehr die interstitielle Drüse des Ovars. Man darf mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit schliessen, dass die interstitielle Drüse synergetisch mit dem Corpus luteum wirkt und für dieses vikariierend einzutreten vermag. Sie sind es wahrscheinlich, die dem Geschlechtstrieb vorstehen. Die Schwangerschaftsveränderungen der interstitiellen Drüse beim Menschen werden durch die innere Sekretion der Plazentarzotten angeregt. Die pathologische Wucherung der Zottenepithelien bei Blasenmole und Chorionepitheliom bewirkt die Bildung der Luteinfollikelzysten. In der Schwangerschaft sistiert regelmässig die Ovulation. In die Bedeutung des Corpus luteum für die Entstehung der Hyperemesis haben wir noch keinen genügend klaren Einblick.

Bucura (12) bespricht die Theorie der inneren Sekretion des Eierstockes. Er ist der Ansicht, dass das Ovarialhormon nur im Follikel und zwar schon in den Urgeschlechtszellen, jedenfalls aber schon im heranreifenden Follikel ebenso wie in seinem späteren Stadium, dem Corpus luteum, gebildet werde. Das Corpus luteum sei nichts anderes als der zurückgebliebene, vom Ovulum frei gewordene, innersekretorische Anteil des Follikels. Die interstitielle Drüse stelle nur eine passive Aufspeicherungsstätte des Keimdrüsenhormons dar. Damit wäre die Ausnahmestellung des Ovariums in seiner Eigenschaft als innersekretorische Drüse beseitigt, da dann auch sein innersekretorisches Gewebe ausnahmslos epithelialer Herkunft sei.

Mac Ilroy (45) gibt eine zusammenfassende Darstellung über den jetzigen Stand der Lehre von der Ovarialsekretion.

Keller (32) untersuchte 20 Patientinnen, bei denen eine Hyperfunktion der Ovarien anzunehmen oder die Kastration ausgeführt war, mit Hilfe von Adrenalininjektionen. Er erhielt aber nur bei 5 eine deutliche positive Reaktion (Pulsbeschleunigung, Temperaturerhöhung, Zucker im Harn, Zittern, Schwindelgefühl. Wallungen). Liess sich hier also bei Ausfall der Ovarienfunktion nur selten eine Erhöhung des Sympathikustonus nachweisen, so war es ähnlich bei Kranken mit anzunehmender Hyperfunktion der Ovarien, wenn vagatrope Mittel, wie Atropin und Pilokarpin gegeben wurden.

Heimann (25) fand bei Frauen mit Amenorrhoe, Metrorrhagien und klimakterischen Erscheinungen bei einer vermehrten inneren Sekretion der Ovarien einen Abfall der prozentischen Lymphozytenwerte, bei einem Darniederliegen dieser Funktion ein Steigen. Auch bei Kaninchen, denen die Ovarien exstirpiert oder Ovarienpresssaft injiziert wurde, zeigte es sich, dass das Ovarium dem Blute lymphozytenhemmende Stoffe übermittelt.

Schickele (66) hält einen Einfluss des Ovariums und in mancher Hinsicht auch des Corpus luteum auf das Wachstum der Brustdrüse für gesichert. Es besteht auch eine gewisse Wahrscheinlichkeit für das vikariierende Eintreten anderer innersekretorischer Drüsen, doch bedarf dies zur Sicherstellung noch weiterer Beweise.

Roessle (60) berichtet, dass bei jugendlichen Personen schon kurze Zeit nach Entfernung der Ovarien oder der gesamten Genitalien oder Beckenorgane

eine ausgesprochene Veränderung der Hypophyse stattfindet. Histologisch macht sich vor allem ein Überwuchern der Eosinophilen bemerkbar. Sie werden nicht nur zahlreicher, sondern auch grösser und treten an Stellen auf, an denen man sie sonst nicht findet.

Aschner (3) konnte an Versuchstieren durch Injektion von Ovarialextrakt Hyperämie, alle Grade der Hämorrhagie und Hämatometra hervorrufen. Das Agens ist wasserlöslich und wird durch Hitze zerstört.

Schickele (65) fand im Ovarium und im Corpus luteum wehenerregende Substanzen.

Isovesco (30) injizierte in Versuchen wachsenden Weibchen das Lipoid V. D. C., welches er aus Ovarien extrahierte, 2 oder 3 Monate lang. Es wirkte fast ausschliesslich auf Uterus und Ovarien und vermehrte ihr Gewicht bis auf das Vierfache. Es hatte keinen Einfluss auf Nebenniere, Niere, Herz, Leber und Milz, wohl aber auf die Schilddrüse.

Popielsky (54) bestreitet die Spezifität der gerinnungshemmenden und blutdruckherabsetzenden Wirkung, die Schickele durch Uterus- und Ovarialextrakt erzielte. Die gleichen Wirkungen können durch alle möglichen Organextrakte erzielt werden. Die Gerinnungshemmung wird nicht auf ein Uterus- oder Ovarialhormon, sondern auf die saure Reaktion des Extraktes zurückgeführt.

Varaldo (78) fand, dass trächtige Kaninchen Adrenalineinspritzungen besser vertragen, als nicht gravide. Letztere vertragen sie aber besser als kastrierte. Wiederholte Adrenalineinspritzungen verursachten bei Kaninchen makroskopisch auffallend Volumverringerung des Eierstockes. Mikroskopisch wird das spezifische Drüsenelement durch Bindegewebe ersetzt. Es wird ein gewisser Antagonismus zwischen der Funktion der Rindensubstanz der Nebennieren und den weiblichen Geschlechtsdrüsen gefolgert.

Kolde (36) fand histologische Veränderungen an den Nebennieren von Kaninchen nach Kastration.

Kleemann (34) stellte fest, dass der Hypophysenextrakt kastrierter Tiere in gleicher Weise wie der normaler Tiere prompt vasokonstriktorisch wirkte, während der luteopriver Tiere am Froschpäparat bald die Gefässe zur Kontraktion, bald zur Dilatation brachte.

Stolper (72) stellte Untersuchungen über den Einfluss der weiblichen Keimdrüse auf den Zuckerstoffwechsel an. Unter 32 Schwangeren vom 2.—9. Monat wurde bei gewöhnlicher Ernährung bei 6 eine geringe, aber deutliche Zuckerausscheidung festgestellt. Nach Zuckerdarreichung hatten von 30 Schwangeren 21 Zucker im Urin. Bei Hyperemesis war die Zuckerausscheidung vermehrt. Die Herabsetzung der Assimilationsgrenze für Zucker in der Schwangerschaft wird vom Verfasser auf Veränderungen an den Ovarien zurückgeführt. Auch bei Ovarialkystomen war die Herabsetzung der Assimilationsgrenze so konstant, dass sie einige Male für die Differentialdiagnose zwischen Ovarialkystom und Uterusmyom verwandt werden konnte. Auch Untersuchungen nach Ovarienexstirpation und in der Menopause sprachen für die Anschauung des Verfassers.

Landsberg (39) fand, dass nach Ovarienexstirpation im Hungerstoffwechsel während der Schwangerschaft eine geringe Beschleunigung des Eiweissstoffwechsels eintrat. Nach Injektion von Corpus luteum-Extrakt wurde eine Verringerung der Stickstoffausscheidung beobachtet. Die Thyreoidea war auffallend klein nach der Ovarienentfernung.

Bell (8) untersuchte bei Fleischfressern den Einfluss der Kastration auf den schwangeren und nicht schwangeren Uterus, auf den allgemeinen Stoffwechsel und auf die Drüsen mit innerer Sekretion. Kalzium- und Chloridausscheidung wurden merklich vermindert. Phosphor- und Stickstoffausscheidung waren gesteigert. Die Thymusdrüse wurde grösser, ebenso fand sich eine Schwel-

lung im Bereiche der Zona reticularis der Nebennierenrinde. Inaktivität und Schwund der Schilddrüse, wie bei den Nagern, trat nicht ein. Am Menschen kommt es nach der Ovariektomie zu Anschwellung der Thyreoidea und Basedow, ebenso nach Eierstocksatrophie, die mit frühzeitiger seniler Involution des Uterus einhergeht. Nach Entfernung der Schilddrüse trat Azeton und Steigerung der Phosphor- und Stickstoffausscheidung auf auch bei graviden Tieren. In der zweiten Hälfte der Gravidität tritt aber die Schilddrüse der Frucht vikariierend in Tätigkeit. Ovarien und Uterus wurden atrophisch, was durch Schilddrüsenverfütterung beseitigt werden konnte. Die Sekretion der Nebennierenrinde und der Zirbeldrüse wurde gesteigert. Die Entfernung der Nebennierenrinde führte zu Steigerung des Kalziumstoffwechsels und der Hypophysensekretion und zur Involution des Uterus. Nach Ansicht des Autors ist die gesamte innere Sekretion erforderlich, um die Frau zur Frau zu machen.

Organotherapie.

Zoeppritz (85) hat den Lipoidgehalt des Blutes von Amenorrhoischen mit der etwas modifizierten Methode von Neumann und Herrmann untersucht. Er weist nach, dass in $^1/_5$ der Fälle der Lipoidgehalt des Blutes nicht vermehrt, sondern normal oder sogar vermindert ist. Bei Erhöhung des Lipoidgehaltes wurde durch Ovarialpräparate (Ovaraden und Ovaradentriferrin) deutliche Besserung oder Heilung erzielt, bei Verminderung dagegen blieb ein Erfolg aus und zwar auch bei Anwendung von Pituitrin.

Bab (6) behandelte 155 Fälle gynäkologischer Blutungen, darunter auch solche ovariellen Ursprungs mit Pituitrin und erzielte in 81,3 % Erfolge. Amenorrhoe behandelte er mit Ovarialtabletten, subkutan mit Ovarialextrakt, Biovar, Thyreoidin und vor allem mit Aphrodisiaka (Muiracithin, Muira Puama, Damiana, Yohimbin, Oophorin-Yohimbin-Lezithintabletten). In 22 von 36 Fällen wurde die Amenorrhoe beseitigt. Mit Ovarialpräparaten und Aphrodisiaka wurden auch Erfolge bei Frigidität, klimakterischen und Menstruationsbeschwerden erzielt. Ähnliches liess ein Extrakt des Hypophysenvorderlappens erreichen. Zirbeldrüse und Ovarien fördern sich möglicherweise innersekretorisch gegenseitig, wenigstens lässt sich durch Piemealininjektionen (Zirbeldrüsenextrakt) eine Hyperämisierung des Genitales erreichen.

Bab (5) weist darauf hin, dass entsprechend der hypophysären Therapie bei Osteomalacie, bei Akromegalie eine ovarielle angebracht sei. Ein typischer Akromegaliefall mit Hypophysentumor wurde der ovariellen Behandlung unterworfen. Von Oktober 1911 ab über 5200 Oophorintabletten à 0,3 täglich 15 Stück. Daneben Muira Puama. Erhebliche subjektive Besserung. Von Dezember 1911 an subkutane Injektionen von je 2 ccm Ovarin, im ganzen 43 bis November 1912. Jetzt nicht nur subjektive Besserung, sondern auch Verringerung des Zeigefingerumfanges um $^3/_4$ cm, Haut der Handinnenfläche faltiger, Handschuhe und Schuhe bequemer. 7. Dezember 1912 Transplantation von Osteomalacieovarien in subperitoneale parazervikale Taschen. Weitere Besserung. Februar 1913 Totalexstirpation des hypertrophischen Uterus mit Adnextumoren. Inoperables Mastdarmkarzinom. Mai 1913 Exitus. In den Ovarien ein grösserer zystischer Follikel, sonst kein Follikelapparat. In ähnlicher Weise wurde auch noch ein zweiter Fall behandelt.

Kalledey (31) behandelte 21 Fälle von Dysmenorrhoe intravenös mit Ovariumextrakt (Richter, Budapest). Es trat prompte und vollständige Heilung und bei 5 Schwangerschaft ein. Er sieht danach die Hyperfunktion der Ovarien als Ursache der Dysmenorrhoe an. Mit Corpus luteum-Extrakt hat er 5 Blutungen zum Stehen gebracht. Korrelationsstörungen der Organe mit innerer Sekretion vermögen Uterusblutungen hervorzurufen. Es bleibt fraglich, ob die eingeführte Hormonmenge selbst oder die durch sie hervorgerufene grössere Eigen-Hormonausscheidung die beobachteten Wirkungen ausübt.

J. Hirsch (27) erzielte mit der subkutanen Injektion eines Eierstocksextraktes (Glanduovin) gute Erfolge bei den verschiedensten Störungen der inneren Ovarialsekretion.

Um zu entscheiden, ob eine Dysmenorrhoe auf eine Hypersekretion der Ovarien oder der Schilddrüse zurückzuführen ist, gibt Bandler (7) dreimal täglich 0,06—0,3 g Thyreoidextrakt. Ist die Ursache in einer Hypersekretion der Ovarien zu suchen, so verschwinden die Beschwerden, beruhen sie aber auf Hyperthyreoidismus, so werden sie stärker. Therapeutisch wird dreimal täglich 0,03 g gegeben. Durch Schilddrüsenextrakt bedingte Beschwerden werden durch Darreichung von Ovarialextrakt gebessert. Ovarialextrakt wurde ferner mit Erfolg gegeben bei Laktationsatrophie des Uterus, klimakterischen Beschwerden, Chlorose, manchen Fällen von Anämie und Amenorrhoe. Mit dem Ovarienextrakt kann Eisen und Arsen kombiniert werden. Amenorrhoe bei Dystrophia adiposo-genitalis ist schwer zu beeinflussen. Ovarialextrakt ist kontraindiziert bei profusen Blutungen.

Recasens (57) schlägt vor, bei Hypofunktion der Ovarien einen Presssaft aus den hormonreichen Ovarien Myomkranker zu geben. Er hat in dieser Weise in 7 Fällen gute Erfolge erzielt. Bei Uterusmyomen wurde eine Hyperplasie der interstitiellen Eierstockselemente nachgewiesen, auf deren Hyperfunktion auch die Entstehung der Myome zurückgeführt wird. In der Diskussion vertritt J. Veit den Standpunkt, dass auch mancherlei andere Organextrakte die gleiche Wirkung wie die Ovarialextrakte haben.

Die Beziehungen der Ovarien zu anderen Erkrankungen.

Jaschke (28) bespricht die klimakterischen Symptome und ihre Beziehungen zur Gesamtmedizin. Sie können nicht allein durch einen Ausfall der Ovarialhormone erklärt werden. Der allmähliche Ausfall der Ovarialhormone bewirkt vielmehr eine Dysfunktion auch im ganzen übrigen System der endokrinen Drüsen, die so lange anhält, bis ein neuer Gleichgewichtszustand erreicht ist. Damit verschwinden die klimakterischen Beschwerden. Sie können überwiegend auf einen erhöhten Reizzustand des Sympathikus zurückgeführt werden. Daher sind bei sympathikotropen Individuen stärkere, bei vagotropen geringere Erscheinungen zu erwarten. Alle Organe und Funktionen des Körpers stehen mehr oder minder unter einem Einfluss des Klimakteriums. Sie werden von Jaschke im einzelnen erörtert.

Kosmak (37) bespricht die Bedeutung der Ovarialerkrankungen für die Sterilität. Er glaubt, dass ein erkranktes Ovarium die Funktion des anderen gesunden behindern könne. In 19 unter 45 Fällen sah er nach Entfernung eines erkrankten Ovariums Schwangerschaft auftreten.

Frankl (19) stellte Untersuchungen an über die Ovarialfunktion bei Morbus Basedowii. In 6 Fällen wurde die Periodenblutung mit Einsetzen des Morbus Basedowii quantitativ geringer, ihre Dauer kürzer. Es waren darunter leichte, aber auch schwere, selbst tödlich verlaufene Fälle. Vollkommenes Ausbleiben der Periode zu Beginn des Morbus Basedowii fand sich in 10 Fällen. In 4 derselben stellte sich die Periode nach wenigen Monaten wieder ein. Es waren hierunter leichte und schwere Fälle. Die anderen 6 Fälle zeigten Ausbleiben der Menstruation durch lange Zeit, respektive vollkommenes Ausbleiben der Menses. Diese Fälle waren durchweg als schwer zu bezeichnen. Hieraus folgt, dass das Verhalten der Periode im Beginne des Morbus Basedowii keinen Anhaltspunkt gibt, die Schwere des Falles zu beurteilen. Wo aber die Periode dauernd ausbleibt, handelt es sich um schwere Fälle. Der Morbus Basedowii beruht nicht auf der Ovarialschädigung, diese ist vielmehr thyreotoxischen, hyperthyreogenen Ursprunges und als Syndrom der Krankheit aufzufassen. Dieses Syndrom ist von klinisch-prognostischer Bedeutung.

Lampé (38) fand bei 25 Basedowkranken meist einen Abbau von Ovarialgewebe bei der Prüfung des Serums mittelst der Abderhaldenschen Fermentreaktion (Ninhydrinprobe).

Obregia, Parhon und Urechia (50) untersuchten Ovarien und Hoden bei Dementia praecox. Sie fanden im allgemeinen normale histologische Verhältnisse und lehnen daher Störungen dieser Organe als Ursache der Dementia praecox ab.

Soula (73) zeigte in Versuchen an Rindern, Kälbern, Schafen, Böcken und Kaninchen, dass nach der Kastration die Proteolyse und die Entstehung der Aminosäuren im Zentralnervensystem zurückgeht.

1a. Corpus luteum (siehe auch unter 1, 3, 4, 7 und 9).

1. Adams, F., Haemorrhage from a Corpus luteum cyst. Brit. med. Journ. April 5. p. 712. (18jährige Nullipara. Plötzlich heftige Leibschmerzen zur Zeit der erwarteten Menstruation, die einige Tage später auftrat. Wegen Verdacht auf Appendizitis Laparotomie. Der entzündete Wurmfortsatz wurde entfernt. Linkes Ovarium zystisch, mit Blutgerinnseln bedeckt. Nach Entfernung des Blutes zeigte sich eine feine Öffnung. Im Peritoneum etwas Blut. Mikroskopisch fand sich ein Corpus luteum, aber keine Zeichen von Ovarialgravidität.)
2. *Babesch, A., und J. Buia, Ovariale Organotherapie in der Behandlung des Pruritus vulvae. Spitalul. Nr. 2.
3. *Bouin et Ancel, Sur le rôle du corps jaune dans le déterminisme expérimental de la sécrétion mammaire. Soc. de biol. de Paris. 31 Janv. 1914. Presse méd. 1914. Nr. 12. p. 147.
4. *Cohn, F., Corpus luteum-Zysten und Hyperemesis gravidarum. 85. Versamml. deutsch. Naturf. u. Ärzte in Wien. Gyn. Sekt. 4. Sitzg. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 42. p. 1551.
5. Delmas, Paul, et Gerges de Rouville, Volumineux kystes hématiques bilatéraux des ovaires à symptomatologie de grossesse ectopique. Réunion obstétr. de Montpellier. 5 Févr. Bull. obstétr. Nr. 3. p. 282. (29jährige Frau. Corpus luteum-Zysten mit hämorrhagischem Inhalt.)
6. Dorman, Franklin A., Cysts of the corpus luteum simulating ectopic gestation. Amer. Journ. of Obst. p. 362. (Wegen heftiger Schmerzen links im Leib Laparotomie. Es war an das Vorhandensein einer Tubargravidität gedacht. Es handelte sich um eine Corpus luteum-Zyste.)
7. *Escher, Heinrich H., Über den Farbstoff des Corpus luteum. Zeitschr. f. phys. Chem. p. 198.
8. *Fellner, Ottfried O., Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung von Gewebsextrakten aus der Plazenta und den weiblichen Sexualorganen auf das Genitale. Arch. f. Gyn. Bd. 100. p. 641.
9. *Fraenkel, L., Vasomotorische Phänomene am Kopf durch Extrakte innerer Drüsen. Verhandl. d. deutsch. Ges. f. Gyn. Bd. 85. Teil 2. p. 192. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 23. p. 840.
10. *Guggisberg, Hans, Über die Wirkung der inneren Sekrete auf die Tätigkeit des Uterus. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 75. p. 231.
11. Hedde, Über Ovarialblutungen, speziell über Blutungen aus dem Corpus luteum. Inaug.-Diss. Freiburg i. Br.
12. *Herrmann, Edmund, Zur Physiologie des Corpus luteum. 85. Versamml. deutsch. Naturf. u. Ärzte in Wien. Gyn. Sekt. 5. Sitzg. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 42. p. 1563.
13. *— Zur Chemie des Ovariums und des Corpus luteum. Verhandl. d. deutsch. Ges. f. Gyn. Bd. 15. Teil 2. p. 258.
14. Luker, S. G., Rupture of a haemorrhagic corpus luteum into a broad ligament cyst. Proc. of the Roy. Soc. of Med. p. 66. (27jährige Primipara, Menstruation nicht ausgeblieben, letzte vor etwas über 14 Tagen. Heftiger Schmerzanfall, der sich nach 11 Tagen wiederholt. Laparotomie. Rechtsseitiger intraligamentärer Tumor, rechtsseitige Hydrosalpinx. Eine Zyste des Ovarientumors hatte blutigen Inhalt und stand mit einem rupturierten Corpus luteum haemorrhagicum in Verbindung. Auch histologisch keinerlei Zeichen einer Schwangerschaft.)

15. Massabuau et Etienne, Tumeur de l'ovaire à cellules lutéiniques. Interprétation pathogénique. Réunion obstétr. de Montpellier. 5 Févr. Bull. obstétr. Nr. 3. p. 273. (48jährige Frau, unregelmässige Blutungen. Wegen eines linksseitigen, kindskopfgrossen Tumors Laparotomie. Infiltrierender Tumor um das S Romanum. Inoperabel. Am linken Ovarium ein Tumor von Orangengrösse, unabhängig vom ersten Tumor. Bei dem entfernten Ovarialtumor handelt es sich um einen Luteinzellentumor.)
16. *Miller, J. W., Corpus luteum, Menstruation und Gravidität. Arch. f. Gyn. Bd. 101. p. 568.
17. *Puech, P., et J. Vanverts, Die Rolle des gelben Körpers bei der Einnistung und Entwickelung des Eies bei der Frau. Revue mens. de gyn., obst. et de péd. Nr. 4.
18. *Ruge, Carl II., Über Ovulation, Corpus luteum und Menstruation. Arch. f. Gyn. Bd. 100. p. 20.
19. Seedorf, Haematoma ovarii. Hospitalstid. Nr. 4. (25 Fälle von Ovarialblutungen. Die Grösse der Tumoren wechselte zwischen der Grösse einer Walnuss und der einer Orange. Es handelte sich um alte Corpus luteum-Blutungen.)
20. *Smith, Joseph, T. Complement deviation by corpus lutean antigens. Amer. Journ. of Obst. June. p. 1107.
21. Thorn, Vorgetäuschte Extrauterinschwangerschaft durch Corpus luteum-Blutung. Med. Ges. zu Magdeburg. 13. Febr. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 21. p. 1177. (Fast $^{3}/_{4}$ Liter Blut im Bauch. Die mikroskopische Untersuchung ergab nicht den geringsten Anhalt für Ovarialgravidität.)
22. *Timofejew, Zur Frage der Entwickelung des Corpus luteum im menschlichen Eierstock. Diss. Kasan. (H. Jentter.)
23. Witas, P., Rapports de l'ovulation et de la menstruation. Constatations faites au cours de deux laparotomies. Prov. méd. p. 61. (I. 31jährige Frau. Ventrofixation am dritten Tage der Menstruation. Corpus luteum im linken Ovarium, in Rückbildung begriffen. An Uterus und Ovarien keine Hyperämie. II. 35jährige Frau. Laparotomie 18 Tage nach dem Ende der letzten und sechs Tage vor Beginn der zu erwartenden Menstruation. Hier im linken Ovarium ein frisches Corpus luteum von Nussgrösse, hier starke Hyperämie an Uterus und Ovarien. Danach fände die Ovulation mehrere Tage vor der Menstruation statt.)

Nach Miller (6) geht der Follikelsprung der Blutung durchschnittlich 9 Tage voraus. Während das Ei die Tube durchwandert, bildet sich aus der Granulosa des Follikels das Corpus luteum, dessen epitheliale Herkunft sichergestellt ist. Das Corpus luteum ist eine Drüse mit innerer Sekretion. Es veranlasst die zyklische Umbildung des Endometriums zur Decidua und ermöglicht so die Implantation des Ovulums. Es verhindert während seiner Funktionsdauer eine weitere Schwangerschaft. Die sogenannte Laktationsatrophie ist eine Folge der fehlenden Corpus luteum-Neubildung. Vielleicht entstehen die Schwangerschaftstoxikosen durch seine Unterfunktion. Das frische Corpus luteum gibt keine Fettreaktion; erst nach Beginn seiner Rückbildung gelingt der Fettnachweis. Das Corpus luteum graviditatis gibt während der ganzen Schwangerschaft, so gut wie keine Fettfärbung. Es ist von dem Corpus luteum spurium zu unterscheiden durch den Nachweis von Kolloidtropfen und Kalkkonkrementen bei negativem Ausfall der Fettreaktion.

Carl Ruge II (8) kommt zu dem Schluss, dass ein zeitlicher Zusammenhang zwischen den zyklischen Veränderungen der Uterusschleimhaut und verschiedenen Stadien der Corpus luteum-Bildung vorhanden ist und dass beide Vorgänge in deutlicher Beziehung zum Menstruationstermin stehen. Die Berstung des Follikels und die Anfänge der Corpus luteum-Entwickelung fallen in die ersten 14 Tage des Intermenstruums vom Beginn der Menstruation an gerechnet; sie gehen mit menstruellen oder Intervallveränderungen der Mucosa uteri einher. Das Stadium der Vaskularisation und das der Blüte des Corpus luteum sind mit prämenstrueller Uterusschleimhaut verbunden und finden sich in der zweiten Hälfte des Intermenstruums. Die Blüte des Corpus luteum erhält sich bis zum Beginn der Menstruation. Seine Rückbildung beginnt meist mit dem Auftreten der Menstruation und ist mit menstrueller oder Intervallmukosa verbunden.

Blüte des Corpus luteum und frisch geborstener Follikel wurden nie zugleich beobachtet. Sie scheinen einander auszuschliessen.

Timofejew (22) untersuchte 67 frische menschliche Ovarien. 53 mal handelte es sich um Corpora lutea menstruationis, 14 mal um Corpora lutea Schwangerer. Die Wand des reifen Graafschen Follikels besteht aus einer epithelialen Schicht (M. granulosa) und einer bindegewebigen (Theca folliculi), die ihrerseits in eine fetthaltige Zellen enthaltende Theca interna und eine Theca externa zerfällt. Eine Membrana propria zwischen der Epithelwand der Theca folliculi gibt es scheinbar nicht. Zur Zeit der Follikelreife kam kein Zellenuntergang im Epithel der Granulosa zur Beobachtung. Die Frage über das Blutkoagulum im geplatzten Follikel wird in dem Sinne beantwortet, dass kleine Mengen Blut sowohl aus den Gefässen der Rissstelle als auch aus den Kapillaren der Theca interna in die Follikelhöhle gelangen können. In diesen Fällen kommt es nie zur Bildung eines die Follikelhöhle ausfüllenden Blutkoagulums. Es werden auch isolierte Blutergüsse in die Theca interna beobachtet. Häufig sind sekundäre Blutungen in den Corpora lutea, welche aus den neugebildeten Gefässen der Luteinschicht stammen. Sie geben aber nur einen wandständigen Thrombus, der die Follikelhöhle nicht ausfüllt. Die Luteinzellen des gelben Körpers entstehen aus den Epithelzellen der Granulosa. Letztere hypertrophieren; in ihrem Protoplasma sammeln sich Lipoidkörper, welche, wie sich Verfasser durch Anwendung der Ciaccioschen Methode überzeugen konnte, zur Gruppe der Phosphatiden gehören. Wie es scheint, gehen Proliferationsprozesse nur in sehr frühen Stadien der Entwickelung des gelben Körpers vor sich. Die Organisation der epithelialen Luteinschicht geschieht auf Kosten der Kapillaren und Bindegewebsfasern der Theca interna und besonders der Theca externa. Zur Zeit der Reife des gelben Körpers ist jede Luteinzelle von Kapillaren und Fibrillen umgeben, die ganze Luteinschicht ist von der zentralen Höhle durch eine neugebildete Bindegewebsschicht getrennt. Das Wesentliche an der Rückbildung des Corpus luteum liegt in einer bedeutenden Bindegewebswucherung in der Luteinschicht mit fettiger Degeneration und Untergang der Luteinzellen. Dank Ciaccios Methode liess es sich erweisen, dass das Fett sich auf Kosten der Phosphatide des Zellprotoplasmas bildet. Das neugebildete Bindegewebe schrumpft zusammen und degeneriert hyalin und wird zum Corpus candicans s. albicans. Was die sogenannten epithelioiden Zellen der Theca interna betrifft, so verneint Verfasser sowohl die Möglichkeit ihrer Umwandlung in Luteinzellen, als auch in spindelförmige Bindegewebszellen. Diese Zellen atrophieren allmählich und verschwinden vollkommen. Der gelbe Körper Schwangerer ist dem Corpus luteum menstruationis analog und unterscheidet sich von ihm durch die Anwesenheit der sogenannte Kolloidkugeln der Luteinschicht, welche sich niemals im menstruellen gelben Körper vorfinden. Während der Schwangerschaft hat Verfasser niemals eine neue Ovulation beobachtet. Das früheste Entwickelungsstadium des gelben Körpers entspricht der zweiten und dem Anfange der dritten Woche nach Beginn der letzten Menstruation, woraus zu schliessen ist, dass die Ovulation in der Regel der Menstruation vorausgeht. (H. Jentter.)

F. Cohn (4) wendet sich gegen die Anschauung, dass die Hyperemesis gravidarum auf Hypofunktion des Corpus luteum, z. B. bei Corpus luteum-Zysten zurückzuführen sei. Zystische Veränderungen werden auch in der Schwangerschaft häufig am Corpus luteum gefunden. Es entsteht aber ebensowenig hier wie nach Ovariotomie mit Entfernung des Corpus luteum Hyperemesis. In der Diskussion bestätigt Schottländer das häufige Vorkommen zystischer Degeneration der Corpora lutea. Auch sei dies in gewissem Sinne als normal anzusehen. Hiervon müssten die pathologischen, eigentlichen Luteinzysten getrennt werden.

Escher (7) gelang es in Gemeinschaft mit Willstäter das Lutein rein darzustellen. Es gehört in die Gruppe der alkohollöslichen Xantophylle, in die

Gruppe der Kohlenwasserstoffe. Er fand, dass das aus Kuhovarien gewonnene Pigment völlig übereinstimmte mit dem Karotin der Karotte und der grünen Blätter und will es daher Karotin aus dem Corpus luteum nennen. Über die Einzelheiten der Darstellung ist das Original nachzulesen.

Puech und Vanverts (17) weisen darauf hin, dass im Gegensatz zu den Ergebnissen L. Fraenkels in den Tierversuchen bei 25 Fällen der Literatur mit Entfernung des Corpus luteum in den ersten Monaten der Schwangerschaft nur 5 mal eine Unterbrechung der Schwangerschaft eintrat. Die Unterbrechung trat aber um so häufiger auf, je früher das Corpus luteum entfernt wurde. Ovariektomien in der frühesten Schwangerschaftszeit bis zum 3. oder 4. Monat sind daher möglichst zu vermeiden.

Smith (20) versuchte die innere Sekretion des Corpus luteum durch Komplementbindung nachzuweisen. Er erhielt aber nur negative Resultate. Dagegen bekam er mit dem Corpus luteum-Extrakt positive Resultate bei solchen, die eine positive Wassermannsche Reaktion aufwiesen.

Guggisberg (10) prüfte die Einwirkung von Corpus luteum-Extrakt auf die Tätigkeit des Uterus. Die Ergebnisse waren nicht einheitlich. Häufig trat Hemmung, in anderen Fällen aber geringe Erregung ein.

E. Herrmann (13) fand in gereinigten, wässerigen Extrakten des Ovariums und Corpus luteum Inosit, Milchsäure und Cholin. Nur im Corpus luteum wurde ein ungesättigtes, azetonlösliches Pentaminodiphosphatid (U_5 P_2) nachgewiesen, das bisher noch in keinem Organ gefunden wurde. Nach intravenöser Injektion bei drei Kaninchen trat Schwellung und Hyperämie am Uterus und wässeriges Sekret an den Brustdrüsen auf. Ein viertes Kaninchen vom gleichen Wurfe diente zur Kontrolle.

In weiteren Untersuchungen zeigte E. Herrmann (12), dass nach mehrwöchentlicher Injektion dieser Substanz bei jungen Kaninchen eine ganz beträchtliche Vergrösserung des gesamten Genitales und der Brustdrüsen erzielt werden kann. Die Dicke des Uterus, sowohl der Muskulatur, als der Schleimhaut nimmt um das 6—8fache zu. Auch die Ovarien sind vergrössert und von einer grossen Reihe reifender Follikel durchsetzt. Es gelang weiter den 4 wöchentlichen Brunstzyklus in einen 2 wöchentlichen zu verwandeln. Die gleichen Veränderungen traten auch nach 5 wöchentlichen Injektionen bei kastrierten Tieren auf. Ein dem Phosphatid des gelben Körpers homologes Phosphatid wurde auch in der Plazenta gefunden. Es spricht dies zu gunsten der Hypothese Halbans, dass die Plazenta bei in der Gravidität ovariotomierten Frauen in erhöhtem Masse die Funktion der Ovarien übernimmt.

In der Diskussion weist Halban auf die eventuelle Bedeutung dieser Untersuchungen hin. Er hält jedoch auch jetzt noch nicht die protektive Bedeutung des Corpus luteum für das Zustandekommen der Brunst und Menstruation in eindeutiger Weise festgelegt. Viele Beobachtungen sprechen vielmehr dafür, dass dem Corpus luteum hierbei eine hemmende Wirkung zukommt. Er hat gelegentlich von Laparotomien bei 35 Frauen das Corpus luteum exstirpiert. Geschah dies unmittelbar nach der Menstruation, so änderte sich weiterhin in deren Ablauf nichts. Geschah es aber in der zweiten Hälfte des Intervalls, so trat die Menstruation 1—2 Tage darauf ein und von diesem Termin ab erschien sie weiterhin in 4 wöchentlichen Zwischenräumen. Viele Tiere, z. B. Hirsch und Lachs setzen in der der Brunst vorangehenden Periode viel Fett an. Dies geschieht vielleicht, um der gesteigerten Tätigkeit der Keimdrüsen und einem Mehrverbrauch der Lipoide Rechnung zu tragen. Fellner erinnert an seine Untersuchungen, in denen er durch Lipoide der Ovarien, der Plazenta und Eihäute Brunst- und Graviditätserscheinungen an Mamma, Uterus und Scheide hervorrufen konnte. Wenn diese Erscheinungen stärkere waren, als bei Herrmanns Versuchen, so sei dies vielleicht durch die verschiedene Art der Injektion und

die verschiedene Menge des Extraktes bedingt, auch seien zum mindesten zwei Lipoide in der Plazenta vorhanden.

Bouin und Ancel (3) stellten experimentell fest, dass das Corpus luteum nicht allein die Schwangerschaftsveränderungen der Brustdrüse hervorruft. Es macht vielmehr die Brustdrüsenzellen nur empfänglich für die Einwirkung eines anderen Faktors, bei dem es sich um eine innere Sekretion handeln muss. Dieser andere Faktor ruft die Schwangerschaftsveränderungen der Brustdrüse hervor, aber nur bei solchen, die hierfür durch das Corpus luteum empfänglich gemacht sind. Unter bestimmten experimentellen Bedingungen können diese Veränderungen auch durch einen mechanischen uterinen Reiz hervorgerufen werden, ebenfalls aber nur, wenn vorher in genügender Weise eine Vorbereitung der Brustdrüse durch das Corpus luteum stattfand.

Fellner (8) fand durch experimentelle Untersuchungen an Kaninchen und Meerschweinchen, dass in Corpus luteum-haltigen Ovarien Stoffe vorhanden sind, welche bei subkutaner und intraperitonealer Injektion Wachstum der Mamma und Mamilla, Vergrösserung des Uterus, Brunst- bzw. Graviditätserscheinungen an der Schleimhaut des Uterus und der Vagina, parenchymatöse Nephritis und Ausbleiben des Wachstums ausrasierter Haare hervorrufen. Milchsekretion wurde nicht danach beobachtet. Der Stoff geht in den Kochsalzextrakt über, ist in Alkohol, Äther und Azeton löslich und dürfte vielleicht ein Lipoid sein.

L. Fraenkel (9) fand bei der Prüfung nach der Anordnung von Huerthle, dass durch Luteoglandol (Corpus luteum-Extrakt von La Roche) eine starke Dilatation der Kopfgefässe im Vergleich zu den übrigen Gefässen des Körpers hervorgerufen wird. Es ist dies von Interesse, weil ja Kopfwallungen eine charakteristische Erscheinung des Eierstocksausfalls darstellen.

Babesch und Buia (2) empfehlen Extrakt von Corpora lutea zur Behandlung des Pruritus vulvae, da sie sehr gute Erfolge davon sahen. Sie nehmen an, dass der Pruritus vulvae auf vaskuläre Veränderungen zurückzuführen ist, die durch Insuffizienz der Ovarien hervorgerufen werden.

2. Kastration und erhaltende Behandlung.

(Siehe auch unter 1, 1a, 5 und 9).

1. Géry et Vignes, Transformation kystique d'un ovaire conservé dans une ablation d'annexes. Soc. de Biol. de Paris. 14 Mars. Presse méd. Nr. 23. p. 225. Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris. Nr. 3. p. 146. (Nach Entfernung der Anhänge der einen und der Tube der anderen Seite war in dem zurückgelassenen Ovarium eine mit blutigem Inhalt gefüllte Zyste entstanden. Da sie Blutungen zur Folge hatte, wurde sie mit dem Uterus entfernt. Mikroskopisch zeigte sich, dass sich die Zyste aus einem Corpus luteum entwickelt hatte.)
2. *Humiston, Wm. H., Conservative operations on the ovaries, including a report on 112 cases. Amer. Journ. of Obst. p. 120.
3. Nowikow, Die therapeutische Bedeutung der Kastration. Journ. akusch. i shensk. bol. Mai-Juni. (Nowikow befürwortet die Kastration bei Dysmenorrhoe, Osteomalacie und Lungentuberkulose.) (H. Jentter.)
4. *Silhol, Über die Unzweckmässigkeit der konservativen Operation der Ovarienzysten. Arch. mens. d'obst. et de gyn. Avril. p. 338.
5. *Vanverts, J., La chirurgie doit-elle être conservatrice en cas de kyste de l'ovaire? Réunion obst. et gyn. de Lille. 22 Oct. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. Nr. 8. Nov. p. 678.

Silhol (4) vertritt den Standpunkt, dass man bei der Entfernung von Ovarienzysten stets beide Ovarien entfernen solle, auch wenn das eine Ovarium ganz gesund erscheine, da die Tumoren der Ovarien so häufig doppelseitig würden.

Vanverts (5) tritt der Forderung Silhols entgegen, dass bei der Operation von Ovarialkystomen stets beide Ovarien entfernt werden müssten. Nach 17 einseitigen Entfernungen von Ovarialkystomen trat nur einmal eine gutartige Zystenbildung am zweiten Ovarium auf.

Humiston (2) tritt für ein möglichst konservatives Verfahren bei Operationen an den Eierstöcken ein. Eine Ausnahme macht er nur bei Frauen über 40 Jahren, Verdacht auf Bösartigkeit und frisch überstandener Gonorrhoe. Er beschränkt sich möglichst auf die Herausnahme eines Ovariums oder auch nur $^1/_3$ oder $^2/_3$ desselben. Von 112 Fällen konnte er 70 weiter verfolgen. 21 von ihnen machten noch später Entbindungen durch.

3. Entzündliche Erkrankungen.

(Siehe auch unter 1, 6, 7, 9, 11 und 16).

1. Baldowsky, Zur Lehre über Abscessus ovarii. Med. Obosrenie. 1912. Nr. 18. (Auf Grund seiner drei Fälle kommt Verf. zu folgenden Schlusssätzen: Der Streptococcus kann zu Ovarialabszess führen auch ausserhalb des Puerperiums, wobei derselbe solitär sein kann (im Corpus luteum.) Der primäre Infektionsherd liegt im Uterus, von wo aus die Infektionserreger auf dem Wege der Blut- oder Lymphbahn den Eierstock erreichen. Der Ovarialabszess kann chronisch verlaufen, wobei das Gewebe des Eierstocks atrophiert und in narbiges Gewebe übergeht. Der Abszess kann sich in die Bauchhöhle eröffnen. (Peritonitis) Bei geringstem Verdacht auf Ovarialabszess ist der Eiterherd operativ zu entfernen.) (H. Jentter.)
2. Bland-Sutton, A note on typhoid infection of ovarian cysts. Universal med. rec. p. 385. (I. Vor einem Jahre Typhus. Zyste hyperämisch, mit dem Netz leicht adhärent. Der Inhalt gelblich-eitrig, geruchlos, mit Typhusbazillen in Reinkultur. II. Vor 15 Jahren Typhus. Danach Eröffnung und Drainage eines Ovarialkystoms. Fistel seit neun Monaten. Laparotomie. Entfernung einer vereiterten Dermoidzyste mit Typhusbazillen und Streptokokken. Widal des Serums positiv. Urin und Fäzes frei von Typhusbazillen. Es wird darauf hingewiesen, wie der Nachweis der Typhusbazillen grosse Sorgfalt erfordert vor allem gegenüber Bact. coli und Paratyphus und dass die Mehrzahl der Zysten mit Typhusbazillen Dermoidzyten seien. Sie erinnern an die Infektion der Gallenblase mit Typhusbazillen.)
3. *Brooks, Harlow, Involvement of the ovary in epidemic parotitis. Journ. of the Amer. med. Assoc. p. 359. (I. 28jährige Multipara. Links Parotitis mit Beteiligung der Submaxillardrüse. Am siebenten Tage hochgradige Schmerzhaftigkeit, Druckempfindlichkeit und Schwellung des linken Ovariums. Nach zwei Tagen Abnahme der Schmerzen und Einsetzen der um zehn Tage verfrühten und etwas stärkeren Menstruation. Danach Ovarium kleiner und weniger schmerzhaft. In fünf weiteren Jahren keine Gravidität. II. 24jährige Nullipara. Doppelseitige Parotitis epidemica. Am fünften Tage plötzlich heftigste Schmerzen im Unterleib. Hühnereigrosse, sehr druckempfindliche Ovarien. Nach zwei Tagen doppelseitige Mastitis. Nach vier Wochen vollkommene Heilung. Sechs Jahre lange, weitere Beobachtung liess nie Veränderungen an den Ovarien erkennen. Sterilität. Lues des Ehemannes.)
4. *Dalché, P., et Ch. Fouquet, Syphilis de l'ovaire. Sem. gyn. Nr. 14. p. 109.
5. Doederlein, Abszess des linken Ovariums. Münchn. gyn. Ges. 14. Nov. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 9. p. 313. (Mannskopfgrosses, intraligamentäres Ovarialkystom bei einer hochfiebernden Kranken. In ihm ein reichlich faustgrosser Abszess mit übelriechendem Eiter. Bei der Operation platzt der Abszess und ergiesst sich in die Bauchhöhle. Im Eiter Koli und Streptokokken. Ausspülung der Bauchhöhle mit Kochsalzlösung und Eingiessen von Kampferöl. Heilung.)
6. Endelmann, Grosser Ovarialabszess, entstanden nach einer vor zehn Wochen in Deutschland wegen Sterilität ausgeführten Kollumdilatation. Patientin verliess die dortige Klinik entgegen dem Verlangen des Operateurs und kam nach Warschau zurück, wo jetzt Endelmann die Laparotomie ausführte. Przeglad chir. i gin. Bd. 9. Heft 3. p. 343—344. (Polnisch.) (v. Neugebauer.)
7. Fullerton, W. D., Typho-tuberkulöse Tuboovarialabszesse. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 16. Nr. 2. (Entzündlicher Adnextumor mit Verschlimmerung während eines Typhus. Bei der Operation beiderseits tubo-ovarielle Abszesse. Im Eiter mikroskopisch und kulturell Typhusbazillen. In der Wand typische Tuberkelknötchen. Die tuberkulös erkrankten Adnexe wurden jedenfalls während des Typhus hämatogen infiziert.)
8. Gentili, A., Infektionskrankheiten und Ovarium. Rassegna d'ostétr. et gin. 1912. Nr. 1—12.

9. Gneit, Ovarite ourlienne et oreillons. Soc. de scienc. méd. de Montpellier. 20. Juin Presse méd. Nr. 65. p. 667. (21jährige Patientin, plötzliche heftige Schmerzen im Unterleib und Fieber, bald darauf Erkrankung der Parotis. Das rechte Ovarium zeigte eine Vergrösserung, die nach etwa 12 Tagen verschwand.)
10. Kubinyi, Paul v., Pyosalpinx und Ovarialabszessoperation bei Abortus. Gyn. Sekt. des ungar. Ärztevereins zu Budapest. 17. Dez. 1912. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 28. p. 1041. (Grosser ovarieller Abszess durch Laparotomie entleert und nach der Vagina drainiert.)
11. Ohmann, K. H., Ein Fall von Pyoovarium nach einem Partus. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 28. p. 1033. (Vor 1/2 Jahr spontane Geburt einer reifen toten Frucht bei 31jähriger Frau. Seit dieser Zeit krank. Durch Laparotomie wird das linke, gänseeigrosse, vereiterte Ovarium entfernt. Aus dem Eiter wachsen Streptokokken in Reinkultur. Mikroskopisch fanden sich unzählige Plasmazellen in der Umgebung des Abszesses, spärliche auch im Abszessinhalt. Grosser Reichtum an eosinophilen Leukozyten. Die Schleimhaut der zugehörigen Tube war völlig normal. Ihre Wand war verdickt und enthielt zahlreiche Plasmazellen. Verfasser nimmt an, dass sich auf dem Boden einer alten Gonorrhoe die Streptokokkeninfektion im Wochenbett entwickelt habe.)
12. Mériel, E., Tuberculisation d'un kyste ovaire. Soc. d'obstétr. et de gyn. de Toulouse. 5 Nov. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. Nr. 8. Nov. p. 732. (30jährige Frau, zwei normale Schwangerschaften, stets gesund, ebenso der Ehemann. Menses stets regelmässig, in den letzten sieben Monaten aber ausgeblieben. Gleichzeitig entwickelte sich unter Darm- und Blasenbeschwerden ein Tumor. Da er für ein Ovarialkystom angesehen wurde, Laparotomie. Entfernung eines grossen Ovarialkystoms mit klarem Inhalt. Das Innere der Zyste liess an ein papilläres Zystadenom denken. Die mikroskopische Untersuchung aber ergab, dass es sich um Tuberkulose handelte.)
13. Neuman, P., Ein Fall von Tuberkulose eines Ovarialkystoms. Verhandl. d. obst.-gyn. Sekt. d. Ges. schwed. Ärzte. Stockholm. Hygiea. Nr. 11. (Silas Lindquist.)
14. Schiller, Aktinomykose der Ovarien. Gyn. Ges. zu Breslau. 24. Juni. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. p. 367. (Rundliche derbe Geschwülste der beiden Ovarien, im kleinen Becken fest verlötet. Früher war wegen Beckenperitonitis bereits eine vaginale Inzision ausgeführt. Die Erkrankung besteht sicher schon seit 4—5 Jahren. Die apfelgrossen Eierstöcke wurden entfernt. Sie sind schwielig verdickt und enthalten spärlich Eiter, in welchem sich nicht sehr zahlreiche, teilweise hirsekorngrosse, dunkelgrün gefärbte Körnchen fanden, von denen einige durch ihre kugelige Form und harte Konsistenz auffielen. Histologisch bot sich das gewöhnliche Bild der Aktinomyzeserkrankung. Die Myzelfäden sind grampositiv, die Kolben schlecht ausgebildet. Für die Entstehung ist von Wichtigkeit, dass die Patientin vor zehn Jahren viel auf dem Felde und 25 Jahre in Mehlgeschäften gearbeitet hat, mit der Angewohnheit, Ähren und Halme zu kauen.)
15. Stumpf, Nekrotisierende Oophoritis. Gyn. Ges. in Breslau. 11. Febr. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 19. p. 689. (Ohne weitere Angaben.)
16. Smet de, Arth., La syphilis de l'ovaire, par les Drs. P. Dalché et Ch. Fouquet. Analyse. Ann. et bull. de la soc. de méd. de Gand. Nr. 6/7. p. 338. (Siehe unter Dalché et Fouquet.)
17. Weisswange, Appendix mit Pyoovarium. Gyn. Ges. zu Dresden. 29. Mai. Zentralbl. f. Gyn. 1914. Nr. 2. p. 88. (Appendizitis perforativa. Die Spitze des Wurmfortsatzes geht direkt in einen grossen Abszesssack über, der aus Pyoovarium und Tube besteht.)
18. Wunschick, Georg, Über Ovarialaktinomykose mit einem Beitrag zur Kasuistik derselben. Inaug.-Diss. Leipzig.

Brooks (3) bespricht die Beteiligung der Ovarien beim Mumps. Die seltenen Berichte hierüber, nur 28 Fälle im ganzen in der Literatur, werden durch die Schwierigkeit der Diagnose und die geschützte Lage der Eierstöcke erklärt. Er glaubt, dass es sich dabei im allgemeinen nicht um eine ernstere, mit dauernden Schädigungen einhergehende Erkrankung handelt.

In einem zusammenfassenden Referat erörtern Dalché und Fouquet (4) die Syphilis des Eierstockes. Pathologisch-anatomisch äussert sie sich in einer kongestiven Schwellung, spezifischen Erkrankung der Arterien, Blutungen,

Cirrhose, seröse und serös-hämorrhagische Zysten und Gummen. Klinisch treten Meno- und Metrorrhagien, Ovarialneuralgien, Dysmenorrhoe und Amenorrhoe in Erscheinung. Die Diagnose ist sehr schwierig. Die Wassermannsche Reaktion leistet dabei gute Dienste. Die Therapie ist eine antisyphilitische.

II. Abschnitt: Neubildungen der Ovarien.

4. Anatomie und Histogenese. Allgemeines über Neubildungen und Ovariotomie. (Siehe auch unter 1, 1a und 2.)

1. Albrecht, Primäres Chorioepitheliom des Ovariums. Münchn. gyn. Ges. 13. März. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 17. p. 623. (Der zweite Fall dieser Art bei einer 18jährigen Virgo intacta. Kindskopfgrosser, stark durchbluteter, grösstenteils nekrotischer Tumor des rechten Ovariums. Mikroskopisch Chorionepitheliom. Differentialdiagnostisch wurde vor allem ein angioplastisches Sarkom ausgeschlossen. Tod nach fünf Monaten an multiplen Metastasen.)
2. Audebert et Mériel, Volumineux kyste hématique de l'ovaire à symptomatologie de grossesse ectopique. Soc. d'obst. et de gyn. de Toulouse. 4 Juin. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. Nr. 6. p. 604. (38jährige Frau, mit Schmerzen im Leib und peritonitischen Erscheinungen erkrankt. Im Douglas Resistenz zu fühlen. Die Menses waren ausgeblieben und jetzt wieder aufgetreten. Laparotomie, nachdem die Diagnose auf Tubargravidität gestellt wurde. Ovarientumor. Uterus und Anhänge werden entfernt. Es handelte sich um eine durchblutete Ovarienzyste. Zeichen für eine extrauterine Schwangerschaft wurden auch bei der mikroskopischen Untersuchung nicht gefunden.)
3. Chauffard, Diagnostic différentiel entre une ascite et un kyste de l'ovaire. Rev. intern. de méd. et de chir. Nr. 13. p. 199.
4. Delétrez, Un cas de tumeur ovarienne à siège rare. La gyn. Janv. p. 28. (46jährige Frau, kindskopfgrosser Tumor rechts im Hypochondrium. Laparotomie. Zystischer Ovarialtumor mit gelatinösem Inhalt und langem, dünnen Stiel. Verwachsungen mit Kolon, Cökum und Peritoneum.)
5. Ehrlich, Zysten und Tumoren der Ovarien. Gyn. Rundschau. Nr. 15 u. 16. p. 560 u. 593. (Sammelreferat.)
6. *Ekler, R., Über Ovarial- und Parovarialtumoren. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. p. 523.
7. Gills, A. E., A note on the relative frequency of ovarian tumours and cysts based on the analysis of 400 ovariotomies. Proceed. of the royal. soc. of med. Nr. 5. p. 128. (Multilokuläre Zysten 248 = 62%, Parovarialzysten 27 = 6,75%, Dermoidzysten 39 = 9,75%, Papillome 13 = 3,25%, Adenome 16 = 4%, Hämatome 17 = 4,25%, Fibrome und Fibroadenome 8 = 2% und maligne Tumoren 32 = 8%.)
8. *Glaessner, Karl, Diagnostik grosser Bauchzysten. Wiener klin. Rundschau. Nr. 39.
9. Guillaumin, André, Considérations sur les urines-albumineuses. Journ. de pharm. et de chim. 105. p. 21. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. Bd. 1. p. 26. (Bei einer Frau mit Ovarialzyste fand er den Bence-Jonesschen Eiweisskörper im Urin.)
10. Herzberg, Theodor, Zur Differentialdiagnose von Ovarialkystom und Hydramnion. Inaug.-Diss. Erlangen.
11. Jones, W. C., Ätiologie, Pathologie und Therapie der Ovarialzysten, mit Berücksichtigung der Schwangerschaft und besonders der Blutungen in die Zysten. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 16. Nov. 1. (Allgemeine Besprechung, ohne Besonderes.)
12. *Mac Carty and Sistrunk, Benign and maligant ovarian cysts. Surg., Gyn. and Obst. July. p. 41.
13. *Meyer, Robert, Beiträge zur pathologischen Anatomie des Ovariums. Verhandl. d. deutsch. pathol. Ges. Bd. 16. p. 396.
14. *Pflaum, Emil, Zur Prognose der Ovariotomie. Inaug.-Diss. München.
15. Pollosson, Le diagnostic des kystes de l'ovaire. Gaz. de gyn. Nr. 647. p. 169. (Zusammenfassende klinische Darstellung.)

16. Schachner, August, Dr. Ephraim Mc Dowell, „father of ovariotomy": his life and his work. Johns Hopkins hospital bulletin. Vol. 24. Nr. 267. May. (Lebensgeschichte des „Vaters der Ovariotomie" mit seinem Bilde, dem Bilde seines Hauses, in dem die erste Ovariotomie stattfand, seines Grabes usw. Er entstammte einer schottischen Familie, die bereits um 1729 nach Amerika auswanderte. Er wurde geboren am 11. Nov. 1771 in Rockbridge in Virginia. Mit 13 Jahren kam er an die Stätte seines späteren Wirkens nach Danville in Kentucky. Er besuchte später die Universität in Edinburgh, wo er vor allem unter dem Einflusse John Bells stand und wurde dann Arzt in Danville. Hier führte er am 13. Dezember 1809 die erste Ovariotomie aus. Die Beschreibung der Operation, die einen glücklichen Ausgang nahm, von Mc Dowell selbst wird wiedergegeben. 1813 eine weitere Operation; es gelang aber nicht, das Ovarium aus seinen Verwachsungen zu lösen. Die Patientin genas. Eine dritte fand im Mai 1816 statt und eine vierte und fünfte 1817 und 1819, alle aber ohne Erfolg. Ob noch weitere stattfanden, ist ungewiss. Er starb am 20. oder 25. Juni 1830.)
17. Tereschkowitsch, Die Resultate der operativen Behandlung von Ovarialtumoren. Journ. akusch. i shensk. bol. Sept. (Bericht über 500 im Zesarewitsch-Alexander-Hospital zu Kiew ausgeführte Ovariotomien; davon sind 431 Fälle ausschliesslich der Ovarialtumoren wegen operiert worden (196 rechts-, 169 links- und 66 doppelseitige Ovarialtumoren). Sieben Todesfälle (1,6%), davon betrafen sechs Fälle maligne Tumoren. Die Resultate der Ovariotomie bei malignen Geschwülsten sind ungünstig (hohe primäre Sterblichkeit, Rezidive). Durch die erweiterte Operationsmethode (Exstirpation des ganzen Genitals und der Parametrien) werden diese schlechten Resultate wenig gebessert. Das Gebiet der erweiterten Operation ist beschränkt, weil in vielen Fällen die Krankheit verschleppt, der Prozess zu sehr vorgeschritten, die Patientin bereits kachektisch ist. Bei jungen Frauen, welche der Möglichkeit, Kinder zu zeugen, nicht beraubt sein wollen, ist die erweiterte Methode nicht am Platze, um so mehr, da in manchen Fällen nach einseitiger Ovariotomie wegen maligner Geschwulst die Frauen dauernd gesund blieben. Über die Möglichkeit eines Rezidivs muss die Patientin präveniert werden. Die erweiterte Operation ist also indiziert in nicht verschleppten Fällen, ohne Kachexie, im klimakterischen oder präklimakterischen Alter. Nach Exstirpation gutartiger Ovarialtumoren können Rezidive auftreten in Form eines entzündlichen Tumors im belassenen Eierstock (zystöse Degeneration), oder in Form einer bösartigen Geschwulst, oder aber in Form einer der exstirpierten identischen Geschwulst. Zystisch degenerierte Ovarien sind bei älteren Frauen zu exstirpieren, bei jüngeren zu resezieren (häufig Hilus). Konservative Methoden Ignipunktur, Punktion etc.) garantieren nicht vor Rezidiv.) (H. Jentter.)
18. Winter, Über gestielte kleinzystische Degeneration der Ovarien. Inaug.-Diss. Erlangen. (36jährige Patientin mit unregelmässigen Blutungen und Tumor bis zum Rippenbogen. Laparotomie. Grosses Parovarialkystom, ausserdem beide Ovarien mit erbsen- bis kirschgrossen Zysten besetzt und mit kleinsten, warzenförmigen Exkreszenzen, die teils solide, teils zystisch sind. Die Auskleidung der Zysten besteht aus einschichtigem Zylinderepithel.)

MacCarty und Sistrunk (12) berichten über 1000 Fälle von Ovarialneubildungen, die von 1905—1912 im Laboratorium der Klinik der Gebrüder Mayos in Rocester untersucht wurden. Es befanden sich darunter 214 Luteinzysten, 451 gewöhnliche Zysten, 163 papilläre und karzinomatöse Zysten, 98 Dermoid- und 74 Parovarialzysten. Das wichtigste Unterscheidungsmerkmal erblicken sie in dem Auskleidungsepithel. Sie unterscheiden ein rundes oder ovales, vielfach geschichtetes Epithel, ein Zylinderepithel und Luteinzellen.

Ekler (6) berichtet über 211 Kranke mit Eierstocksgeschwülsten. Von ihnen waren 166 gutartig und 45 (21,33%) bösartig. 33 (15,64%) kamen zum Arzt wegen Klagen über Sterilität. 6 (2,84%) waren amenorrhoisch, ebenso viele hatten unregelmässige Blutungen und 11 protrahierte Menses. Jeder Ovarialtumor soll operiert werden. 32 (15,16%) waren intraligamentär und 47 (22,27%) stielgedreht. 2 (0,45%) Rupturen kamen zur Beobachtung und 3 (1,42%) Vereiterungen.

Emil Pflaum (14) bearbeitete 140 Ovariotomien unter 4861 Patientinnen statistisch. Das Cystoma serosum simplex war beteiligt mit 27,8%, das Pseudo-

mucinkystom mit 27,14%, das papilläre Kystom mit 3,5%, das seröse Adenokystom mit 22,8%, das Karzinom mit 10,7%, das Dermoidkystom mit 5%, das Fibrom mit 1,4% und das Sarkom mit 2,1%. Die Operationsresultate waren folgende: Cystoma serosum simplex: 100% Operations- und Dauererfolg; Pseudomucinkystom 92,1% Operationserfolg, 89,5% Dauererfolg; papilläres Kystadenom 100% Operationserfolg, 80% Dauererfolg; Karzinom 80% Operationserfolg, 13,3% Dauererfolg. Dermoidkystom und Fibrom 100% Operations- und Dauererfolg; Sarkom 100% Operationserfolg und 33,3% Dauererfolg.

Glaessner (8) empfiehlt für die Diagnose grosser Ovarialzysten die Aufblasung des Magens durch Kohlensäure oder Luft. Handelt es sich um eine Zyste, so entsteht bei tiefer Atmung zwischen der grossen Kurvatur und der Zystenwand eine sehr charakteristische Furche, die sich bei der Atmung verschiebt.

Robert Meyer (3) bespricht die Hauptursache der Entstehung kleinerer Ovarialzysten. Sie entstehen erstens bei Perioophoritis durch heterotope Epithelwucherung und Epithelialisierung von Abszesshöhlen aus. Zweitens handelt es sich um Markzysten und drittens um Parenchymzysten, bei denen Follikel- und Corpus luteum-Zysten zu unterscheiden sind. Eine besondere Stellung nehmen ein die cystisch atresierenden Follikel, bei denen es zu einer partiellen akzessorischen Luteinsaumbildung kommt, und solche mit teilweiser Persistenz von Granulosaepithel in völlig atretischen Follikeln mit Luteinbildung.

5. Operationstechnik.

(Siehe auch unter 1, 2, und 3.)

1. Beuttner, Oskar, Zur Technik der Exstirpation entzündlich erkrankter Adnexe an der Hand von 100 einschlagenden Operationen. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte. Bd. 43. p. 2, 40 und 69.
2. *Blumberg, Neue Operation zur Sterilisierung des Weibes mit Möglichkeit der späteren Wiederherstellung der Fruchtbarkeit. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 16. p. 729.

Blumberg (2) gibt eine Methode der Sterilisierung an, die eine spätere Wiederherstellung der Fruchtbarkeit gestattet. Das Ovarium wird in eine für sich völlig abgeschlossene Tasche des Peritoneums gelagert, so dass das Ei nicht in die Tube gelangen kann, sondern unbefruchtet resorbiert wird. Dies wird dadurch erreicht, dass die Ala vespertilionis wie ein Mantel auf die Rückseite des Uterus herumgeklappt und mit ihrem Rande an die hintere Fläche des Uterus durch Seidennähte lückenlos fixiert wird. Das Ovarium liegt dann in einer Peritonealtasche abgeschlossen, während die Tube im freien Peritonealraum belassen wird. Bisher wurden 6 Fälle auf diese Weise operiert.

6. Schwierige Fälle. Übergrosse Tumoren.

(Siehe auch unter 7, 14 und 16.)

1. Carstens, J., H. A seven-pound ovarian tumor that developed in nine days. Transact. of the Amer. Assoc. of Obst. Sept. 16—18. Amer. Journ. of Obst. Nov. p. 987. (36jährige Frau, bemerkte plötzlich eines Morgens, wie ihr Leib stärker wurde und wie er von Tag zu Tag in den nächsten neun Tagen wuchs. Entfernung des stielgedrehten Tumors, dessen Inhalt bereits durch Bact. coli infiziert war.)
2. Grammatikati, Über einige Ovarialtumoren. Wratsch. Gaz. Nr. 49. Sitzungsber. d. geb.-gyn. Ges. zu Tomsk. (Ein Tumor kann als Riesengeschwulst bezeichnet werden, wenn sein Gewicht die Hälfte des Körpergewichts ausmacht. Riesentumoren neigen zu Adhäsionsbildung und maligner Degeneration. Die Diagnostik ist schwer; das Jastrebowsche Symptom unsicher. Der Verlauf meistens glatt, die Prognose günstig. Verf. gibt eine Reihe klinischer Beispiele.) (H. Jentter.)
3. Hamlin, Mont. M., A remarkable case. Amer. med. Journ. Nr. 7. p. 621. (56jährige Frau, Laparotomie, 70 Pfund schwere Ovarialzyste entfernt, Heilung.)
4. Oppel, Zwei Eierstockzysten. Wratsch. Gaz. Nr. 1. Sitzungsber. d. russ. chir. Pirogowschen Ges. (Im zweiten Falle betrug der Leibesumfang 169 cm. Der 52jährigen

Frau wurde erst durch Punktion zwei Pud Flüssigkeit abgelassen. Darauf Laparotomie. Die enorme Zyste sass auf einem dünnen Stiel und enthielt noch 1 Pud 25 Pfund Flüssigkeit. Heilung.) (H. Jentter.)

5. Potherat, G., Présentation d'un volumineux multiloculaire de l'ovaire. Journ. de méd. de Paris. Nr. 40. p. 780. (19jährige Patientin, 15mal punktiert wegen Annahme eines Aszites bei Leberzirrhose. Es wurden im ganzen 130 Liter abgelassen. Laparotomie. Die entfernte Zyste wog 23 kg.)
6. Ssytschewa, Zur Kasuistik der Riesentumoren der weiblichen Genitalsphäre. Wratsch. Gaz. Nr. 49. Sitzungsber. d. geb.-gyn. Ges. zu Tomsk. (Bei der 49jährigen Patientin wurde per laparotomiam eine Ovarialzyste entfernt, die durch zahlreiche Adhäsionen mit den Nachbarorganen verwachsen war. Gewicht des Tumors mehr als 2 Pud; Gewicht der Patientin bei der Entlassung 1 Pud 25 Pfund.) (H. Jentter.)

7. Stieldrehung. Ruptur.

(Siehe auch unter 1, 1a, 4, 9, 10, 16 und 17.)

1. Boldt, Fibrocystic tumor of the right ovary with twisted pedicle. Peritonitis. New York Obst. Soc. March 11. Amer. Journ. of Obst. Nr. 1. p. 100. (42jährige Patientin mit peritonitischen Erscheinungen. Durch Laparotomie wird der Uterus wegen Karzinom und das rechte zystische Ovarium entfernt, dessen Stiel sich $2^1/_2$ mal gedreht hatte. Der Inhalt der Zyste dunkel. Exitus am zweiten Tage.)
2. Fabricius, Stieldrehung einer grossen Zyste. Geb.-gyn. Ges. in Wien. 10. Dez. 1912. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 24. p. 912. (27jährige Frau, vor sechs Jahren wurde nach normaler Entbindung bereits grosse Geschwulst im Bauche bemerkt. Durch Punktion wurden neun Liter Flüssigkeit entleert. Es trat eine neue Schwangerschaft auf, die mit der Geburt eines $4^1/_2$ kg schweren Knaben endete. 14 Tage später Stieldrehung der Geschwulst. Laparotomie. Sehr grosse, linksseitige multilokuläre Zyste. Leichte Drehung nach rechts um 120—130°. Es entleerten sich aus ihr 25 Liter Flüssigkeit. Mikroskopisch: Zystadenom.)
3. Ferré. Apparation brusque d'une volumineuse tumeur abdominale par torsion du pédicule d'une tumeur solide de l'ovaire latente. Soc. d'obst. et de gyn. de Toulouse. 4 Juin. Bullet. de la soc. d'obst. et de gyn. Nr. 6. p. 597. (55jährige Frau, plötzlich mit heftigen Leibschmerzen und Fieber erkrankt. Tumor im Leibe, der Grösse nach einer Schwangerschaft des fünften bis sechsten Monats entsprechend. Laparotomie. Stielgedrehter Tumor des rechten Ovariums. Er ist solid, stark durchblutet. Mikroskopisch scheint es sich um ein kleinzelliges Sarkom zu handeln.)
4. Freund, H., Abgeschnürtes Ovarialdermoid. Unterelsäss. Ärzteverein. Strassburg 8. Nov. Deutsche med. Wochenschr. 1914. Nr. 6. p. 310. (An Stelle der linken Anhänge wurden sehr kurze Amputationsstümpfe der Tube und des Eierstockbandes gefunden. Ein überfaustgrosses, von dort stammendes Dermoid war durch Stieldrehung völlig abgelöst und an den Wurmfortsatz und an das grosse Netz adhärent geworden. Die rechten Anhänge normal.)
5. Garin, Zwei Fälle von doppelseitigen Ovarialzysten mit Stieldrehung. Revue méd. de la Suisse romande. Nr. 9. (I. 60jährige Frau; beide Zysten, einkammerig und faustgross, stielgedreht, und zwar beide in gleicher Weise von links nach rechts. Das gleiche war auch im zweiten Falle geschehen bei einer 23jährigen Patientin mit doppelseitigen, gänseeigrossen, papillären Ovarialtumoren. Hier bestand ausserdem rechts eine Verwachsung mit dem Processus vermiformis, die zur Vereiterung der Zyste geführt hatte.)
6. Hirt, Stielgedrehter, linksseitiger Ovarialtumor. Med. Ges. zu Magdeburg. 10. April. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 31. p. 1774. (44jährige Frau. Nach der Anamnese ist Stieldrehung vor 14 Tagen erfolgt. Laparotomie. Kindskopfgrosser, zystischer Tumor mit ausgedehnten Verwachsungen. Stiel um etwa 270° gedreht, fibrinöse Beläge. Beginnende Nekrose des Tumors. Nach Entfernung beider Adnexe Heilung.)
7. Kubinyi, P., und B. Entz, Ovarialis daganat kocsánytorsiójának ritka szövődménye. Aus der Sitzg. der gyn. Sekt. des kgl. Ärztevereins am 17. Dez. 1912. Ref. Orvosi Hetilap. Gyn. Nr. 1. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 28. p. 1041. (Plötzlicher Tod an Lungenembolie als Folgeerscheinung der Stieldrehung eines Ovarialtumors.) (Temesvary.)
8. Kupferberg, Stieldrehung und Abdrehung eines Ovariums. Mittelrhein. Ges. f. Gyn. 16. Febr. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. p. 402. (Stielgedrehte Tube, stielgedrehtes Parovarium und stielgedrehtes und völlig abgedrehtes, frei in der Bauch-

höhle gelegenes Ovarialkystom, das nur mit Netz in Verbindung steht und überkindskopfgross ist.)

9. Kynoch, J. A. C., Pelvic haematocele from rupture of a blood cyst of the ovary. Edinburgh. Obstetr. Soc. Meet. March 12. Lancet. p. 893. Journ. of Obst. and Gyn. of Brit. Emp. May. p. 304. (Laparotomie wegen eines Tumors an der rechten Uterusseite. Das zystische, rechte Ovarium wies einen Riss auf, aus dem ein Blutgerinnsel hervorragte. Blut in der Bauchhöhle. Keinerlei Zeichen einer Extrauteringravidität rechts oder links. In der Diskussion teilt Haultain sechs Fälle von intraabdomineller Blutung ohne Gravidität mit. Bei zweien erfolgte sie aus den Tuben, bei zweien aus Uterusmyom, bei einem aus dem Ligamentum latum und bei einem aus dem Ovarium.)

10. Meredyth-Jones, Cecil, Torsion of the pedicle of an ovarian cyst on each side. Lancet. Nov. 15. p. 1390. (50jährige Frau, Schmerzen rechts, seit mehr denn einem Jahre war der Leib stärker geworden, Menses seit zwei Jahren unregelmässig. Rechts Spannung der Bauchdecken, hier zystische Geschwulst im Becken. Laparotomie. Stielgedrehtes Ovarialkystom links mit Verwachsungen mit der Appendix. Nach deren Lösung zeigt sich auch rechts eine stielgedrehte Zyste.)

11. Morestin, Torsion expérimentale d'un kyste de l'ovaire. Soc. anat. de Paris. 21 Nov. Presse méd. Nr. 96. p. 966. (Demonstration einer Parovarialzyste ohne Verwachsungen, die experimentell torquiert wurde. Bei der ersten Drehung keine Erscheinungen. Bei der zweiten schwoll die Tube an und aus dem abdominalen Ende ergoss sich Blut. Die Venen der Zysten füllten sich stark. Am Ende der zweiten Drehung starke Blutung aus der Tube. die bei der dritten Drehung rupturiert. Bei der vierten und fünften Drehung keine neuen Erscheinungen. Auf Grund dieses Versuches werden die peritonealen Blutergüsse, die man bei Stieldrehungen findet, auf Blutungen aus der Tube zurückgeführt.)

12. Patel, M., Spontane Ruptur von Ovarialzysten während der chirurgischen Anästhesie. Revue mens. de gyn., d'obst. Nr. 8. (Zwei Fälle, in denen Ovarialzysten während der Rückenmarksanästhesie und der Äthernarkose platzten. Die Ursache wird in einem starken Druck auf die Zystenwand gesucht, bedingt durch starke Kontraktionen der Bauchpresse zu Beginn der Narkose.)

13. Paucot, H., et J. Vanverts, Les phénomènes d'auto-intoxication dans la torsion des kystes de l'ovaire. Rev. prat. d'obst. et de gyn. Tome 21. p. 53. (Kasuistische Mitteilung eines Falles mit Fieber und Ikterus, deren Ursache nicht in einer Infektion, sondern in Resorption der gangränösen Gewebe erblickt wird.)

14. Scheffen, Mannskopfgrosses Ovarialkystom. Mittelrhein. Ges. f. Gyn. 28. Juni. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. p. 484. (Durch Stieltorsion, die auf die Tube eingewirkt hat, ist die Verbindung nach dem Uterus hin völlig aufgehoben, während lateralwärts strangartig das lang ausgezogene Ligamentum infundibulo-pelvicum zieht.)

15. Steinmann, Fr., Zur Lostrennung der Ovarialzysten. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 75. p. 344. (49jährige Frau, beweglicher Tumor im Douglas, Laparotomie. Der Tumor erweist sich als völlig unabhängig von den Genitalien. Das rechte Ovarium fehlt. Der Tumor konnte leicht stumpf losgelöst werden. Es bestanden nur ganz leichte Adhäsionen, die nicht die geringste Blutung bei der Loslösung machten. Der Tumor erweist sich als einkammerige Zyste, die angefüllt ist mit Dermoidbrei und Haaren. Mikroskopisch ist der Tumor von geschichtetem Plattenepithel ausgekleidet. An der Aussenseite ist noch Ovarialgewebe mit einigen Corpora albicantia vorhanden. Besprechung der Literatur.)

16. Tédénat, Rupture des kystes de l'ovaire. Ann. de gyn. Nr. 11. p. 646. (Neun Fälle. Der Ausgang kann ohne Gefahr sein oder zu schweren peritonitischen Erscheinungen führen. Besondere Gefahr liegt bei Pseudomyxomen und Papillomen vor, da es hier zu Implantationen im Bereiche des Peritoneums kommen kann. Selten ist dies bei Dermoiden der Fall.)

17. — Rupture des kystes de l'ovaire. Réunion obstétr. de Montpellier. 5 Févr. Bull. de la soc. d'obst. Nr. 3. p. 244. (Sieben Fälle von Rupturen von Ovarialzysten. I. Stoss gegen eine Tischkante. Ruptur einer multilokulären Pseudomuzinzyste. Leichte peritonitische Erscheinungen. Zwei Monate später Laparotomie. Heilung. II. Spontane Ruptur eines rechtsseitigen Pseudomyxoma Ovarii. 12 Liter der gelatinösen Masse in der Bauchhöhle. Heilung durch Laparotomie. Einige Monate später Rezidiv. III. Ruptur einer linksseitigen intraligamentären Zyste von 8—10 Liter Inhalt ohne peritoneale Reaktion. Exstirpation der Zyste. Heilung. IV. Nach Ruptur einer

papillären Zyste ausgedehnte Implantationen im Netz. V., VI. und VII. Dermoidzysten perforiert in den Dickdarm.)

18. Wall, Stieltorsion von Parovarialzysten beider Seiten bei einem 16jährigen Mädchen. Gyn. Ges. zu Breslau. 25. Nov. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 5. p. 205. (Rechtsseitige, mannskopfgrosse, um 450°; linksseitige, hühnereigrosse, um dreimal 180° im Sinne der Küstnerschen Regel gedrehte Parovarialzyste.)
19. — Stieltorquierte Ovarialzyste bei Gravidität im fünften Monat. Gyn. Ges. zu Breslau. 25. Nov. Zentralbl. f. Gyn. 1914. Nr. 5. p. 205. (Kindskopfgrosses, um 180° torquiertes Cystadenoma serosum links. Verwachsung mit Darm, Appendix und Netz. Nach ihrer Entfernung geht Schwangerschaft weiter. Geburt eines ausgetragenen Kindes. In der Diskussion weist Dienst darauf hin, dass nicht nur das stieltorquierte, sondern jedes Kystom in der Schwangerschaft operiert werden müsste, da im Wochenbett erfahrungsgemäss leicht Infektionen der Zysten vorkämen. Küstner betont, dass die Drehungen der Ovarialtumorstiele physikalisch korrekt beschrieben werden müssen. Bezeichnungen wie links herum oder rechts herum sind unzureichend und irreführend. Eine korrekte Bezeichnung ist erforderlich, weil die atypische Drehung früher Gefässkompression, Stauung und Entzündung bedingt, als die typische und häufigere. Die Gravidität veranlasst nicht besonders häufig Torsionen, das Gegenteil ist richtig. Dem Einsetzen der Entzündungserscheinungen im Tumor brauchen die Torsionen nicht kurz vorausgegangen zu sein. Solche können schon bestanden haben, nur die letzte Torsion hat zur Gefässverengerung und Stauung geführt. Auch das Wachstum des graviden Uterus kann bei bestehender Torsion zu derjenigen Gefässverengerung führen, welche Stauung im Tumor zur Folge hat.)

8. In Verbindung mit Geschwülsten anderer Organe, anderen Erkrankungen, ektopischer Schwangerschaft.

(Siehe auch unter 1a, 3, 4, 7. 9, 11, 13, 14, 16 und 17a.)

1. Bondy, O., Metastatische Ovarialkarzinome. Gyn. Ges. in Breslau. 16. Dez. Zentralbl. f. Gyn. 1914. Nr. 10. p. 375. (Vier Fälle, höchstwahrscheinlich metastatische Ovarialkarzinome. Mikroskopisch zeigen sie zum Teil das Bild der Krukenbergtumoren, zum Teil endotheliomähnlichen Bau.)
2. Bossi, L. M., Eierstocks-Uteruskrankheiten und Psychopathien. Beitr. z. Geb. u. u. Gyn. Bd. 18. p. 136. (Vortrag in der R. Academia medica in Genua. Verteidigung seiner bereits früher bekannt gegebenen Anschauungen über den Zusammenhang zwischen Erkrankungen der weiblichen Genitalien und Psychopathien gegenüber den vielfach erfolgten Angriffen. In einer anschliessenden Diskussion stellen sich die Redner auf seiten Bossis.)
3. Caesar, Alejandro, Appendicite calculeuse et greffe appendiculaire de kyste végétante de l'ovaire. Soc. anat. de Paris. 23 Janv. 1914. Presse méd. Nr. 8. p. 81. (Demonstration eines Wurmfortsatzes, der ein grosses Konkrement enthielt. An der Oberfläche eine Implantationsmetastase eines papillären Ovarialkystoms. Die Kranke hatte nie Zeichen einer Appendizitis geboten. Die Ovarienzyste wurde einen Monat nach einer normalen Geburt entdeckt.)
4. Dedow, Doppelseitige Ovarialzyste, kompliziert mit rechtsseitiger Tubargravidität. Operation. Heilung. Befruchtung des Eies im Graafschen Follikel des kranken Eierstocks — als Ursache der Extrauteringravidität. Wratsch. Gaz. Nr. 43. (H. Jentter.)
5. Dorman, Fr. A., Large intraligamentous hyaline and cystic fibroid with cystic ovaries. Amer. Journ. of Obst. p. 363. (Ohne nähere Angaben.)
6. Fairise et Heully, Deux cas de néoplasme métastatique des deux ovaires. Prov. méd. Nr. 16. p. 173. (I. Alveoläres Karzinom des Pankreas mit Metastasen entlang der Aorta, den Nieren, den Ureteren, in den Nebennieren und in beiden Ovarien. II. Zylinderzellenkrebs des Magens mit Metastasen in beiden Ovarien und im Douglas.)
7. Hall, Morton E., Ein Fall von Krukenbergschem Ovarialtumor. Proc. of the New York. path. soc. N. S. Vol. 12. Nr. 3 u. 4. (Kleiner Ovarialtumor vom Bau der Krukenbergschen Tumoren mit Siegelringzellen und sarkomatösem Aussehen des Bindegewebes an diesen Stellen. Primärer Tumor im Magen mit Metastasen in den Drüsen, in der Cervix und im Peritoneum.)
8. Jacobson, E., Ein Fall von sog. Krukenbergschem Tumor der Ovarien. Inaug.-Diss. München.

9. Köhler, Ovarialgravidität. Geb.-gyn. Ges. in Wien. 11. Nov. Zentralbl. f. Gyn. 1914. Nr. 11. p. 407. (Keine näheren Angaben. In der Diskussion macht Herzfeld Angaben über einen schon früher von ihm publizierten Fall.)
10. Kuhlhoff, Ein Fall von Fibrosarcoma ovarii mucocellulare (carcinomatodes) nach Krukenberg. Inaug.-Diss. Erlangen 1912. (27jährige Nullipara, seit einigen Monaten Amenorrhoe. Schmerzen im Leibe. Grosser, bis zum Nabel reichender Tumor, vom Uterus nicht abzugrenzen. Kolostrum. Laparotomie. Rechts grosses Ovarialkarzinom, links hühnereigrosses. Netz infiltriert. Totalexstirpation. Mikroskopisch: Rund- und Spindelzellen, grosse Zellen mit gekörntem Protoplasma und halbmondförmigen, wandständigen Kernen.)
11. *Lapeyre, L. N., Appendicite chronique et ovaires sclérokystiques. Arch. mens. d'obst. et de gyn. p. 230.
12. Mandl, L., Ein Fall von Krukenbergschem Tumor. Geb.-gyn. Ges. in Wien. 11. März, Zentralbl. f. Gyn. Nr. 49. p. 1786. (42jährige Frau, März 1911 wegen Myoma uteri operiert, Ovarien damals gesund. Januar 1913 Schmerzen in der Unterbauchgegend und im Kreuz. Rechts vom Uterusstumpf wird ein pflaumengrosser, ziemlich glatter Tumor festgestellt. Sonst auch bei der Untersuchung vom Internen normaler Befund. Sechs Wochen später überfaustgrosser Tumor in der rechten Beckenhälfte. Laparotomie. Entfernung des Tumors. In der Pylorusgegend ein flaches, infiltrierendes Karzinom. Der entfernte Tumor ist derb, grobgehöckert, auf der Schnittfläche fast homogen und von graugelblicher Farbe mit leichter Transparenz. Mikroskopisch: Zwischen derbfaserigen Bindegewebszügen eigenartige Zellen epithelialen Charakters. Ihr Protoplasma enthält meist einen grösseren Tropfen, welcher die Schleimreaktion gibt. Die Zellen werden durch die degenerativen Vorgänge bläschenförmig, der Kern wird abgeblattet und zu einem Zellpol hingedrängt. Es kommt zur Siegelringform.)
13. *Paul, Ludwig, Über metastatische maligne Ovarialtumoren. Inaug.-Diss. München.
14. *Pollosson, A., et H. Violet, Les productions kystiques de l'ovaire liées à la tuberculose. Lyon. chir. Nr. 4. p. 340.
15. Reinhard, Hans, Ektopische Schwangerschaft und intraperitoneale Blutung aus Ovarialzysten, besonders solchen der Corpora lutea. Gyn. Rundschau. Nr. 7. p. 201. (Fall mit Kombination von Corpus luteum-Zysten mit Tubargravidität, bei dem die intraperitoneale Blutung durch Ruptur einer Zyste erfolgte.)
16. Schauta, F., Ein Fall von metastatischem Karzinom der Ovarien. Wiener med. Wochenschr. Nr. 50. p. 3138. (39jährige Frau, 17. Februar 1910 Pylorusresektion wegen Karzinom; 28. Oktober 1913 aufgenommen, nachdem seit zwei Monaten Abmagerung und Stärkerwerden des Leibes aufgetreten war. Beiderseits neben dem Uterus grosse Tumoren, erbsengrosse Knötchen im Douglas, Aszites. Probelaparotomie ergab inoperable Tumoren. Ihr mikroskopischer Bau entsprach dem früheren Magenkarzinom. Der Chirurg soll bei Operationen wegen Magenkarzinom stets auch die Ovarien prüfen und bei Erkrankung auch nur eines, sofort beide entfernen.)
17. Schmincke, Metastatische Ovarialkarzinome. Münchn. Ges. f. Gyn. 20. Nov. Münch. med. Wochenschr. Nr. 51. p. 2865. (Drei Fälle. Primärer Sitz im Duodenum, Mamma und Rektum.)
18. Schwarz, Emil, Krukenbergtumor. Amer. Journ. of Obst. Oct. p. 755. (30jährige Patientin. Beide Ovarien in grosse Tumoren verwandelt. Mikroskopisch zeigten sich innerhalb unregelmässiger Bindegewebszüge polygonale Epithelzellen, zum Teil in soliden Nestern, zum Teil kreisförmig um ein Lumen angeordnet mit den Kernen an der Zellbasis.)
19. Thauer, Julius, Über Koinzidenz von Ovarialgeschwülsten mit Myomen. Inaug.-Diss. Erlangen.
20. Tixier, Zystischer Tumor des rechten Ovariums und stenosierender Krebs des S romanum. Lyon. méd. Nr. 29. (Bei gutem Allgemeinzustand seit einigen Monaten Zunahme des Leibesumfanges. Rechts kindskopfgrosser Ovarientumor, im Douglas ein zweiter, anscheinend von dem linken Ovarium ausgehender Tumor. Laparotomie. Links ringförmige Geschwulst des Dickdarmes bei gesundem Ovarium.)
21. Wall, Wahrscheinlich metastatisches Carcinoma ovarii. Gyn. Ges. zu Breslau. 25. Nov. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 5. p. 205. (39jährige Patientin war wegen Darmtumors mit mikroskopisch karzinomverdächtigen Stellen operiert. In der Rekonvaleszenz Adnextumor. Neue Operation. Überkindskopfgrosses Cystadenoma pseudomucinosum. Mikroskopisch keine Zeichen von Malignität. Im mitentfernten, makroskopisch wenig

veränderten rechten Ovarium mikroskopisch karzinomatöse Stellen. Später Metastasen im Douglas, Leber und Gallenblase.)
22. Weibel, W., Gleichzeitiges Ovarial- und Darmsarkom. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 74. p. 628. (42jährige Frau mit Verdauungsstörungen, Leibschmerzen und unregelmässiger Menstruation. Aszites und multiple Tumoren im Leibe. Laparotomie. Am Dünndarm vier Tumoren von etwa Faustgrösse. Im Mesenterium eine kleinapfelgrosse Drüse. Im rechten Ovarium ein nussgrosser derber und ein etwas kleinerer zystischer Tumor. Darm, Drüse und rechte Adnexe werden entfernt. Es handelte sich um multiple Lymphosarkome des Dünndarmes und ein Rundzellensarkom des rechten Ovariums.)
23. *Werner, Über das gleichzeitige Vorkommen von Karzinom in Uterus und in den Adnexen. Arch. f. Gyn. Bd. 101. p. 725.
24. Whithouse, Beckwith, Stielgedrehte Milz, einen Ovarialtumor vortäuschend. Splenektomie. Heilung. Journ. of Obst. of the Brit. Emp. Nr. 3. (Peritonitische Erscheinungen und Harnverhaltung. Vaginal im Becken neben dem Uterus beweglicher Tumor. Diagnose: Solider Ovarialtumor. Laparotomie. In der Bauchhöhle blutige Flüssigkeit; Meckelsches Divertikel; Milz eingekeilt im kleinen Becken vor dem Uterus mit dreieinhalbfach gedrehtem Stiel. An der Oberfläche Nekrosen und typische Stauung der Milz. Heilung. Blutbild nach 13 Tagen: 4 300 000 rote und 12 500 weisse Blutkörperchen.)

Werner (23) fand unter 374 wegen Karzinom an den inneren Genitalien vorgenommenen Radikaloperationen 14 mal (fast 4 %) Karzinom im Uterus und den Anhängen. Dreimal liess sich die gegenseitige Unabhängigkeit mit einiger Sicherheit feststellen. Sechsmal waren die Ovarien primär erkrankt. In einem Falle bestand gleichzeitig ein Plattenepithelkrebs im Uterus und ein Kystadenokarzinom des Ovariums.

Ludwig Paul (13) beschreibt 17 metastatische maligne Ovarialtumoren. Das primäre Karzinom befand sich bei 9 im Magen, bei 4 im Darm, bei einem in der Gallenblase und bei einem in der Cervix uteri. Bei 2 handelte es sich um Sarkome, deren primärer Sitz in der Portio uteri lag. Er kommt zu folgenden Schlüssen: Besonders bei doppelseitigen Ovarialkarzinomen ist stets nach einem primären Tumor, besonders im Magendarmkanal, zu suchen. Wird er gefunden, so ist er, soweit als möglich, radikal zu operieren, sonst ist die Gastroenteroanastomose oder die Enteroanastomose zu machen. Stets müssen beide Ovarien entfernt werden, am besten auch der Uterus. Bei der Entfernung von Magen-Darmkarzinomen sind stets auch die Ovarien zu untersuchen.

Nach Lapeyre (11) sind bei der chronischen Appendizitis häufig beide Ovarien kleinzystisch degeneriert und weisen eine Sklerosierung des Interstitiums auf. Hierdurch können mannigfache Beschwerden, vor allem auch Menstruationsstörungen bedingt sein. Als Therapie kommt die frühzeitige Entfernung beider Ovarien unter Erhaltung eines Ovarialrestes in Betracht.

Pollosson und Violet (14) berichten über die Tuberkulose als Ursache von Zystenbildung an den Ovarien, ohne dass sich an den Zysten histologisch oder bakteriell Tuberkulose nachweisen lässt. An den Tuben, dem Peritoneum oder anderen Organen des Körpers ist entweder Tuberkulose vorhanden, oder doch wenigstens die Residuen einer solchen, oder sie wird erst später manifest. Am Ovarium selbst ist die Ätiologie nicht zu erkennen. Es handelt sich um eine verstärkte oder fehlerhafte Funktion der Ovarien. Meist sind es Luteinzysten.

9. In Verbindung mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.

(Siehe auch unter 1a, 3, 4, 7 und 16.)

1. Barjaktarowitsch, Boginja, Ovariotomie während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Inaug.-Diss. München 1912.
2. *Barret, Ch. W., Über die Komplikation von Ovarialtumoren mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 16. Nr. 1.

3. Carmichael, E. Scott, Tumour complicating pregnancy. Edinburgh Obst. Soc. July 9. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. August. p. 125. (Sechster Monat der Schwangerschaft, Ileuserscheinungen. Bei der Laparotomie zeigte sich, dass das Kolon von dem langen Stiel einer Ovarienzyste umgeben war, der $1^1/_2$ mal um seine Achse gedreht war. Die Zyste und ihr Stiel wurden entfernt. Heilung. Nach sechs Tagen Abort. Es wurde eine Placenta praevia marginalis festgestellt.)

4. v. Cathala, Kyste de l'ovaire et grossesse. Sem. gyn. Tome 18. p. 17. (Im achten Monat der Schwangerschaft wurde eine eingekeilte Ovarienzyste festgestellt. Am Ende der Schwangerschaft vor Beginn der Wehen Kaiserschnitt. Es trat Atonie auf, die nach Entfernung des Tumors schwand, so dass an einen ursächlichen Zusammenhang gedacht wird.)

5. Czyborra, Ovarialtumor im Anschluss an Blasenmole. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. 28. Juni. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. p. 355. (26jährige Frau, schlechter Allgemeinzustand, vierter Monat der ersten Gravidität. Seit vier Wochen Blutung. Wegen Blasenmole wird Uterus ausgeräumt. An oder neben dem Uterus kein Tumor. Nach $4^1/_2$ Wochen links ein orangengrosser, rechts ein mannskopfgrosser zystischer Tumor. Entfernung der Tumoren durch Laparotomie. Nierenförmige, vielkammerige Zysten. In den Wandungen überall eine enorme Wucherung von Luteinzysten.)

6. Darnall, W. Edgar, Suden severe hemorrhage into an ovarian cyst following delivery. Transact. of the Amer. Assoc. of Obst. and Gyn. 26 Jan. Amer. Journ. of Obst. Nr. 5. p. 981. (26jährige Patientin erkrankt plötzlich am vierten Wochenbettstage mit schwerem Kollaps. Laparotomie. Im rechten Ovarium eine walnussgrosse Zyste. Links kopfgrosse, unilokülare Zyste, mit dunklem Blut gefüllt, presst das S romanum völlig zusammen. Beide Anhänge entfernt. Heilung.)

7. Fuchs, Doppelseitige Ovariotomie in der Schwangerschaft. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. 1. Febr. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. p. 525. (Nullipara. 7. November Laparotomie. Letzte Menses vom 15. bis 20. September. Durch Laparotomie werden doppelseitige Ovarialtumoren entfernt. In dem linken ein grosses (2,0 : 1,3 cm). Corpus luteum graviditatis. Makroskopisch und mikroskopisch: Cystadenoma pseudomucinosum papillare. Schwangerschaft bisher erhalten. Es sind drei Monate seit der Operation verflossen.)

8. Jacobson, S. D., Adenokarzinom des Ovariums als Geburtshindernis. New York. Acad. of Med. Med. Record. Vol. 84. Nr. 4. p. 178. (Hochgradige Ausdehnung des Abdomens während der Schwangerschaft. Es wurde ein Hydramnion angenommen. Blasensprengung und Metreuryse. Geburt einer kleinen Frucht. Punktion der Peritonealhöhle, da Umfang des Abdomens noch immer sehr gross. Laparotomie. Entfernung des linksseitigen papillären Adenokarzinoms. Heilung. Später neue Gravidität.)

9. Kemp, D. C., Ovarian cyst exposed per vaginam during delivery by a midwife. Lancet. Sept. 20. p. 865. (Unter der spontan verlaufenden Entbindung eines ausgetragenen Kindes trat eine Zyste vor der Vulva zutage. Da ihr Ausgangspunkt nicht erkannt wurde, Einwickelung in Gaze und Abwarten. 2—3 Tage später wurde festgestellt, dass es sich um eine Zyste der Anhänge handelte, die durch das hintere Scheidengewölbe herausgetreten war. Der Stiel wurde unterbunden, durchtrennt und reponiert. Die Scheide alle Tage neu tamponiert. Heilung.)

10. *Kratochwil, Behandlung der Ovarialgeschwülste während der Schwangerschaft und Entbindung. Casop. lék. ceslk Nr. 38.

11. Kuklinski, Stefan, Beitrag zur Lehre von der Ovariotomie in der Schwangerschaft. Inaug.-Diss. Berlin.

12. Kuschnir, Ein Fall von Exstirpation einer Dermoidzyste bei einer Graviden mit Erhaltung der Schwangerschaft. Russki Wratsch. Nr. 52. (Dem Fundus der im vierten Monat graviden Gebärmutter sass der kurzgestielte kindskopfgrosse Tumor auf. In Pantopon-Skopolamin-Äther-Narkose wurde die Dermoidzyste abgetragen. Glatter Verlauf.) (H. Jentter.)

13. Maire et Clergier, Rupture spontanée pendant les suites de couches d'un kyste de l'ovaire; prise pour une péritonite tuberculeuse. Rev. prat. d'obst. Nr. 6. p. 173. (Zunächst Annahme einer Zwillingsschwangerschaft. Im Wochenbett Annahme einer tuberkulösen Peritonitis, da freie Flüssigkeit in der Bauchhöhle festgestellt wurde. Am neunten Wochenbettstage Laparotomie und Entfernung einer rupturierten rechtsseitigen Ovarialzyste. Die Zyste war wohl unter der Geburt rupturiert und hatte ihren Inhalt in die Bauchhöhle entleert.)

14. **Michaelis**, Austritt eines Ovarialkystoms aus dem After während der Geburt Unterelsäss. Ärzteverein zu Strassburg i. E. 29. Nov. Berl. klin. Wochenschr. 1914. Nr. 2. p. 92. (23jährige Frau, IIpara, Zangenversuch am hochstehenden Kopf, Perforationsversuch. Bei erneutem Zangenversuch kommt aus dem After ein gänseeigrosser Tumor hervor. Nach Beendigung der Entbindung Laparotomie. 8 cm langer, longitudinaler Schlitz im Rektum, durch den das Ovarialkystom hindurchgetreten war. Sein Stiel wird am Uterus abgetragen und das Kystom entfernt. Tod an Herzschwäche. Es wird angenommen, dass beim Zangenversuch durch den herabtretenden Kopf das Rektum zum Platzen gebracht und Tumor in das Rektum hereingetrieben wurde.)

15. **Muret, M.**, Ovarialtumoren und Schwangerschaft. Revue mens. de gyn. et d'obst. et de péd. Nr. 5. (Sieben Ovarialtumoren während der Schwangerschaft, drei unter der Geburt und zwei im Wochenbett beobachtet. In den ersten Monaten der Schwangerschaft soll abdominal operiert werden; später kann man unter dauernder Beobachtung der Patientin abwarten. Unter der Geburt soll zunächst Reposition versucht werden. Die Punktion ist im allgemeinen zu verwerfen. Gelingt die Reposition nicht, so wird in geeigneten Fällen vaginal, sonst abdominal operiert.)

16. **Norris, Richard C.**, Ovarialtumoren als Komplikation von Schwangerschaft und Geburt. Amer. Journ. of Obst. Sept. (Unter 3000 Schwangerschaften ein Fall. $68\,^0/_0$ gewöhnliche Kystome, $23\,^0/_0$ Dermoide, $2\,^0/_0$ Fibrome und $5\,^0/_0$ maligne Tumoren. Komplikationen sehr häufig in $25-30\,^0/_0$, davon in $80\,^0/_0$ Stieldrehung, ausserdem Ruptur und Vereiterung. Es wird ein aktives Vorgehen befürwortet.)

17. **Oldfield**, Bilateral ovarian cysts removed during third month of Pregnancy which continued to full term. Br. North of England Obst. and Gyn. Soc. Oct. 17. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 24. Nr. 4. p. 243.

18. **Péraire**, Grossesse de quatre mois avec kyste de l'ovaire; ovariotomie. Soc. de méd. de Paris. 28 Juin. Presse méd. Nr. 55. p. 560. (Entfernung einer Ovarienzyste im vierten Monat der Schwangerschaft. Die Zyste lag im kleinen Becken, so dass der Uterus herausgewälzt werden musste. Trotzdem normaler Ablauf der Schwangerschaft. Indikationen zum Eingriff bei Schwangerschaft kompliziert mit Ovarientumor: Stieldrehung oder Ruptur der Zyste. Abort oder Schwierigkeiten bei der Geburt.)

19. ***Puech et Vanverts**, Tumeurs de l'ovaire et grossesse. VII. Congrès de gyn. 25 Mars. Presse méd. Nr. 28. p. 279.

20. **Pusinich**, Beitrag zum Studium der Ovarialerkrankungen nach Mole und Chorionepitheliom. Folia gyn. Bd. 7. Heft 3. (Nach Blasenmole bildeten sich grosse Zysten beider Ovarien. Mikroskopisch wurden sie als Zysten atretischer Follikel (luteinicofolliculare) angesprochen.)

21. ***Schauta, F.**, Ovarialtumor und Gravidität. Wiener med. Wochenschr. 1914. Nr. 4. p. 142.

22. ***Schmiergeld**, Behandlung der Ovarialzysten im Becken während der Schwangerschaft. Revue pract. d'obst. Nr. 285.

23. **Solowij**, Letal endender Fall von Ileus bei Dermoidtumoren der Ovarien im dritten Schwangerschaftsmonat, und zwar trotz zweimaliger Laparotomie. Lemberger Ärztl. Ges. am 24. Febr. Diskussion. Lwowski Tygodnik Lekarski. Nr. 11. p. 178. (Polnisch.) (Die Dermoide hatten ausgedehnte Verwachsungen mit der Nachbarschaft, Därmen, Netz ect. hervorgerufen. Tod trotz Drainage.) (v. Neugebauer.)

24. **Ssamgin**, Zur Komplikation von Schwangerschaft und Geburt mit Ovarialzysten. Ein Fall von Ruptura spontanea cystomatis ovarii sub partu. Med. Obosren. Nr. 4. (Ovariotomie mit gleichzeitigem Kaiserschnitt soll auf die Fälle beschränkt bleiben, wo die Entbindung nicht anders möglich ist. Zur Ruptur der Zyste in der Geburt führen Drangwehen oder operative Eingriffe (Zange u. a.). Die Symptome der Zystenruptur gleichen häufig denen bei Gebärmutterzerreissung. Zystenruptur während Schwangerschaft und Geburt ist häufig die Folge von Stieldrehung oder Vereiterung der Zystenwand. Wird nicht operiert, so tritt gewöhnlich Peritonitis oder langwierige Eiterung ein. Jeder Fall von Zystenruptur indiziert operatives Vorgehen. Die vaginale Ovariotomie setzt geringeres Trauma, gibt aber schlechtere Prognose fürs Kind. Sie ist nur bei kleinen Zysten ohne Verwachsungen am Platz.) (H. Jentter.)

25. **Violet, H.**, Ovarienzyste bei beginnender Schwangerschaft. Lyon méd. Nr. 10. (Trotz Entfernung der Zyste mit dem Corpus luteum trat kein Abort ein.)

26. — Ovarienzyste bei beginnender Schwangerschaft. Revue mens. d'obst., de gyn. et de péd. Nr. 4. (Schwangerschaft von $1^1/_2$ Monaten. Laparotomie wegen stielgedrehter Ovarienzyste. Das zugehörige Ovarium mit dem Corpus luteum mitentfernt. Kein Abort.)

Auf dem französischen Gynäkologenkongress referierten Puech und Vanverts (19) über das Thema Ovarialtumoren und Schwangerschaft. Meist handelt es sich um Zysten und in 27 % um Dermoidzysten. In 12,5 % führen sie zu einer Unterbrechung der Schwangerschaft. Zu unterscheiden sind abdominale und Beckentumoren. Die ersteren sind für die Schwangerschaft von geringerer Bedeutung. Immerhin besteht in der ersten Hälfte der Schwangerschaft eine Neigung zu Stieldrehungen, Rupturen, Blutungen in die Zysten und viel seltener auch zu Vereiterung. Eine Entfernung bringt für die Mutter keine besonderen Gefahren; sie führt im ersten Teile der Schwangerschaft in der Hälfte, vom 8. Monat ab aber in $^2/_3$ der Fälle zu ihrer Unterbrechung. Eine Operation ist also indiziert im ersten Teil der Schwangerschaft; abwarten soll man vom 8. Monat ab und zwar um so mehr, als die erwähnten Komplikationen hier selten sind. Solche Frauen müssen aber unter ständiger Beobachtung bleiben. Die Beckentumoren führen leicht zu Schwierigkeiten unter der Geburt durch Verlegung des Geburtskanals, unter Umständen bis zum Eintritt der Uterusruptur. Eine spontane Beseitigung der Schwierigkeit kann erfolgen durch Ruptur oder Emporgleiten der Zyste. Im ersten Abschnitt der Schwangerschaft soll man in solchen Fällen ebenfalls operieren, später auch wieder unter Beobachtung der Frau abwarten und nach Bedarf unter der Geburt einschreiten. Während der Schwangerschaft ist die Punktion der Zyste zu verwerfen; die Entfernung durch Laparotomie zu empfehlen. Unter der Geburt soll man zunächst ruhig abwarten. Ist ein Eingreifen notwendig, so kann man die Reposition des Tumors versuchen; Zange und Perforation sind zu verwerfen. Die Punktion der Zyste von der Vagina aus kommt nur als Notoperation in Betracht. Die beste Therapie ist die Entfernung der Zyste durch Laparotomie und Kaiserschnitt. Im Wochenbett drohen wieder Stieldrehung und Ruptur. In der sich anschliessenden Diskussion tritt Barnsby für ein aktives Vorgehen ein. Er will nur abwarten bei fixierten Zysten im kleinen Becken, hier unter der Geburt Kaiserschnitt und Entfernung der Zyste und weiter vom 8. Monat der Schwangerschaft ab wegen der Gefahr des Abortes. Fourmestraux hält die Komplikation der Schwangerschaft durch Ovarialtumoren für selten. Muret will zunächst eventuell in Narkose einen Repositionsversuch machen. Henrotay verwirft nicht die Punktion der Zyste. Pinard ist ein Anhänger des operativen Eingreifens schon während der Schwangerschaft. Zwar kann man weder die Reposition, noch die Punktion völlig verwerfen. Das beste aber ist die Laparotomie.

Schauta (21) bespricht den Zusammenhang zwischen Ovarialtumor und Gravidität und tritt für ein aktives, den Tumor sowohl während der Gravidität als auch im Puerperium entfernendes Verfahren ein.

Barett (2) kommt auf Grund von 114 Fällen zu folgenden Ansichten über die Komplikation von Ovarialtumoren mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett: Während der Schwangerschaft soll prinzipiell operiert werden. Das Abwarten bringt erhebliche Gefahren mit sich, während die Aussichten der Operation sehr günstig sind und Aborte nur selten eintreten. Unter der Geburt soll zunächst die Reposition gemacht werden. Wenn sie misslingt, soll sofort operiert werden, und zwar im allgemeinen Kaiserschnitt mit nachfolgender Ovariektomie. Punktion des Tumors nur in Ausnahmefällen statthaft; die operative Entfernung des Tumors ist dann möglichst bald anzuschliessen.

Kratochwil (10) will bei dem Vorhandensein einer Ovarialzyste als Geburtshindernis zunächst den Versuch der Reposition machen und erst in zweiter Linie den Kaiserschnitt oder die vaginale Entfernung der Zyste vornehmen.

Schmiergeld (22) empfiehlt bei Ovarialtumoren als Geburtshindernis zunächst den Versuch einer Reposition. Gelingt sie nicht, soll abdominal der Tumor entfernt und die Geburt per vias naturales beendet werden. Nur im Notfall ist der Kaiserschnitt vorzunehmen.

10. Neubildungen bei Kindern.
(Siehe auch unter 16 und 17.)

1. Kirmisson, E., Volumineux kyste multiloculaire de l'ovaire chez une jeune fille de quinze ans. Bull. méd. p. 71. (15jähriges Mädchen, 84 cm Leibumfang infolge eines median gelegenen Tumors. Multilokuläres Ovarialkystom, kein Dermoid.)
2. Riess, Emil, Ovarialzyste. Deutsche med. Ges. in Chicago. 27. Febr. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 27. p. 1522. (Mannskopfgrosse Zyste bei 13jährigem Mädchen, die einige Zeit vor der Operation spontan perforiert war.)
3. Schottlaender, J., Demonstration eines doppelseitigen malignen Genitaltumors bei einem neunjährigen Kinde. 85. Versamml. deutsch. Naturf. u. Ärzte in Wien. Gyn. Sekt. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 46. p. 1678. (Uterus und Tuben geschwulstfrei. Ovarien beiderseits krank. Blastome. Histologisch hochgradig bösartig, teils aus soliden, teils aus drüsigen Räumen mit ein- und mehrschichtigem Zylinderepithel bestehend. Dazwischen Plattenepithelinseln und links im Ligamentgewebe auch Hornzysten. Im Eierstocksgewebe zahlreiche Markstrangzellen. Es handelt sich entweder um Markstrang- oder um mesonephrische Tumoren oder um Kombination. Nach zweimaliger Operation bald Exitus.)

11. Pseudomucinöse Kystadenome, Pseudomyxoma peritonei.
(Siehe auch unter 4 und 7.)

1. Albrecht, Vereitertes pseudomuzinöses Riesenkystom. Münchn. gyn. Ges. 20. Nov. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 51. p. 2865. (Tumor breit mit der vorderen Bauchwand verwachsen. Inzision und Entleerung des Eiters. Ausstopfen des Tumors mit Kompressen. Exstirpation. Heilung.)
2. *Bondy, Beziehung von Pseudomyxoma ovarii et peritonei zur Appendix. Gyn. Ges. zu Breslau. 21. Jan. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. p. 509.
3. Rathe, B., Pseudomyxoma peritonei mit Beteiligung der Ovarien und der Appendix. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. p. 322. (41jährige Frau; sieben Entbindungen, letzte vor $^3/_4$ Jahren. Wegen Ovarialkystom Laparotomie. Gallertige Flüssigkeit in der freien Bauchhöhle. Links mannskopfgrosser, zystischer Ovarialtumor, der platzte und gallertige Massen entleerte. Faustgrosser, gleichartiger Tumor rechts. Beide entfernt. Glatte Heilung. $2^1/_2$ Jahre später in der Narbe hühnereigrosser Knoten. Bei der Entfernung erweist er sich als gallertiger Tumor an der Peritonealseite der Bauchdecken. Die Bauchhöhle wurde auf Metastasen untersucht, aber nichts gefunden. $^1/_2$ Jahr später im Abdomen Tumoren. Laparotomie. Aussaat von Tumoren in der Bauchhöhle, alles kleine Zysten mit gallertigem Inhalt. Die Appendix sackartig zystisch aufgetrieben, 8 cm lang und 4 cm breit, an einem kleinen Stiel dem Cökum aufsitzend. Appendix und einige Tumoren werden entfernt. Pseudomyxoma peritonei.)

Bondy (2) vertritt die Anschauung, dass das Pseudomyxoma ovarii et peritonei stets sekundär und der primäre Sitz der Erkrankung in der Appendix zu suchen sei. Als Beispiel wird ein Fall berichtet, bei dem der Wurmfortsatz kolbig verdickt und mit gallertigen Massen angefüllt war. An seinem freien Ende befand sich ein eben austretender Schleimpfropf.

12. Papilläre Kystadenome.
(Siehe auch unter 4, 7, 9 und 13.)

1. Evler, Papilläres Ovarialkystom. Berl. med. Ges. 23. Juli. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 43. p. 2008. (Vor drei Jahren Laparotomie und Ablassung von zehn Liter Flüssigkeit. Radikaloperation der Zyste unmöglich wegen Verwachsungen. Sie wird mit einer kleinen Öffnung in das Unterhautbindegewebe eingenäht. Noch zweimal wurden im ganzen sieben und einmal fünf Liter Flüssigkeit durch Punktion entleert. Die Öffnung ist jetzt noch in der Faszie erhalten, aber wohl durch Karzinommassen verlagert. Eine Zunahme der Wucherungen scheint nicht erfolgt zu sein. Der Fall wird als bemerkenswert für die Möglichkeit einer Autoserotherapie mitgeteilt.)
2. Filliâtre, Le, Tumeurs papillomateuses des ovaires. Soc. anat. de Paris. 24 Oct. Presse méd. Nr. 88. p. 881. (41jährige Patientin. Rechtes Ovarium kindskopfgross,

dem Darme adhärent, das linke etwas kleiner. Aszites. Auf dem Peritoneum kleine Knötchen.)

3. Keep, Corrie, Two cases of solid pedunculated papilloma of ovary. Proc. of the Roy. Soc. of Med. Obst. and Gyn. Sect. Nr. 9. p. 284. (37- und 27jährige Patientin mit chronischer Appendizitis, die letztere auch unregelmässige und schwache Menstruation mit Beschwerden. Traubenförmige Tumoren von 7,5 : 2,5 und 4,0 : 2,0 cm Grösse, durch kurzen Stiel mit dem Ovarium zusammenhängend. Sie sind zum Teil zystisch und bestehen aus lockerem Bindegewebe mit einschichtiger Epithelbekleidung. In dem grösseren Tumor einige glatte Muskelfasern.)
4. Phillipps, Miles H., Bilateral papillary ovarian cysts. North of England Obst. Soc. 21 Nov. Journ. of Obst. of the Brit. Emp. Dez. p. 329. (19jähriges Mädchen, Leibschmerzen und Menorrhagien seit zwei Jahren. Seit einem Monat starke Zunahme des Leibumfanges. Zystischer Tumor bis zum Nabel. Ödem der Vulva. Laparotomie. Aszites. Papilläre Tumoren des rechten und linken Ovariums mit ausgedehnten Verwachsungen, zusammen mit dem Corpus uteri entfernt. Mikroskopisch: Papilloma simplex.)
5. Pillet, Kyste végétant de l'ovaire rompu dans la vessie. Soc. de méd. de Rouen. 9 Juin. Presse méd. Nr. 63. p. 640. (46jährige Frau, kindskopfgrosser Tumor im Unterleib. Im Anschluss an ein heftiges Erbrechen hatte sie das Gefühl des Zerreissens im Leibe und Urindrang verspürt. Der entleerte Urin war chokoladenfarben. Der Tumor hatte sich gleichzeitig deutlich verkleinert. Die kystoskopische Untersuchung liess die durch Kompression abgeplattete Blase und die Perforationsöffnung erkennen. Abdominale Totalexstirpation des Uterus und der Anhänge. Heilung.)
6. Richter, Georg, Über einen Fall von doppelseitigem papillärem Flimmerepithelkystom des Ovariums, mit Muzingehalt. Inaug.-Diss. Leipzig.

13. Karzinome.

(Siehe auch unter 4, 7, 8, 9, 10 und 17.)

1. Bastian, Carcinome primitif de l'ovaire. Castration utéro-annexielle. Guérison Soc. d'obst. et de gyn. de la Suisse rom. 5 Déc. 1912. Sem. gyn. Tome 18. p. 66. (63jährige Virgo. Tumor des rechten Ovariums. Linkes Ovarium gesund. Der Tumor war ausgedehnt mit Flexur und Rektum verwachsen. Rektum, Cökum und Magen selbst schienen aber frei von Tumoren zu sein. Deswegen und weil der Tumor einseitig war, wird eine primäre Erkrankung des Ovariums angenommen. Mikroskopisch handelte es sich bei dem teils soliden, teils zystischen Tumor um ein Zylinderzellenkarzinom.)
2. Braun, Markus, Ein Fall von Implantationsmetastase im Uterus nach primärem Ovarialkarzinom. Inaug.-Diss. München.
3. Bongartz, Heinrich, Die Operation der doppelseitigen Ovarialkarzinome und ihre Prognose. Inaug.-Diss. Würzburg.
4. Carr, W. P., Case of adeno-carcinoma of the right ovary, develloping later in the left, recovery. Virginia med. Semi-Monthly. Nr. 4. p. 91. (I. Operation wegen Appendizitis. Später Schmerzen und Aszites. II. Operation. Entfernung einer grossen Ovarialzyste rechts, die mikroskopisch sich als Adenokarzinom erwies. Nach $^3/_4$ Jahren genau der gleiche Tumor auf der linken Seite. Er wird für eine neue primäre Geschwulst gehalten.)
5. v. Franqué, Heilung eines Ovarialkarzinoms mit Metastasenbildung durch Operation mit nachfolgender Röntgenbestrahlung. Verhandl. d. deutsch. Ges. f. Gyn. Bd. 15. Teil 2. p. 427. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 24. p. 897. (Bei einer 16jährigen Patientin wurde am 12. April 1912 ein kopfgrosses, weit ins Ligamentum latum vorgedrungenes Ovarialkarzinom entfernt. Es blieb etwas vom Karzinom zurück und ausserdem eine faustgrosse retroperitoneale und zahlreiche Lymphdrüsenmetastasen. Nach einer Nachbehandlung mit Röntgenstrahlen verschwanden die Metastasen, so dass Patientin jetzt seit einem Jahre rezidivfrei ist. Mikroskopisch zeigte der Tumor reichliche Kernteilungsfiguren, Vielkernigkeit der Zellen, Synzytiumbildung, sarkomatöse Entartung des Stromas, also alles Eigentümlichkeiten einer besonderen Bösartigkeit.)
6. Homey, Erwin, Die klinische Bedeutung der malignen Ovarialtumoren, berechnet nach dem Material der Greifswalder Universitäts-Frauenklinik in der Zeit vom 1. April 1910 bis 1. Oktober 1912. Inaug.-Diss. Greifswald.

7. Horand et Fayol, Epitheliom des ektopisch gelagerten Ovariums. Lyon. méd. 1912. Nr. 17. (Völliger Verschluss der oberen Scheidenhälfte bei normaler Vulva. Rechts Leistenhernie, vor ihr eine eigrosse, seit vier Monaten bestehende, bewegliche Geschwulst. Bei der Operation fand sich im Bruchsack das rechte Uterushorn und ein solider Ovarialtumor. Beides wird entfernt. Mikroskopisch: Zylinderzellenepitheliom.)

8. Keller, R., Keimdrüsentumoren bei einem Pseudohermaphroditen. Arch. f. Gyn. Bd. 101. p. 188. (23jähriger Pseudohermaphrodit, mit rasch wachsender Geschwulst im Leibe. Laparotomie. Mannskopfgrosser Tumor links mit vielen Verwachsungen, faustgrosser rechts. Tuben und Uterus waren vorhanden, nirgends aber wurde eine Spur von Ovarial- oder Hodengewebe gefunden. Markige Konsistenz, mit zentraler Erweichung bei dem grösseren Tumor. Mikroskopisch bestehen die Tumoren aus einem reich verzweigten, grossmaschigen Balkennetz von Bindegewebe. Dazwischen lagern mehr oder weniger locker zusammenhängende Zellen, eine Zwischensubstanz zwischen den einzelnen Zellen besteht nicht. Die Kerne der Zellen sind rund oder ungleichmässig oval. Die Diagnose wird auf einen alveolär-karzinomatösen Tumor der Keimdrüsen gestellt.)

9. *Klein, Gustav, Röntgenbehandlung bei Karzinom des Uterus, der Mamma und der Ovarien. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 17. p. 905.

10. — Über maligne Ovarialtumoren mit chorionähnlicher Funktion des Epithels. Münchn. gyn. Ges. 13. März. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 17. p. 622. (Drei Fälle papillärer Geschwülste des Ovariums, welche der Traubenmole ähnlich sahen, glasig durchschimmernd, wie mit Flüssigkeit durchtränkt. Mikroskopisch zeigten sie unter dem zylindrischen und teilweise gewucherten Epithel eine mit Flüssigkeit durchtränkte Bindegewebsschicht. Die Durchtränkung befand sich besonders in den Beeren, besonders in den oberen Schichten des Bindegewebes, in den Stämmen aber in spaltförmigen Lücken, welche Lymphbahnen zu sein schienen. Wegen der ungleichmässigen Durchtränkung wird angenommen, dass es sich nicht um Ödem, sondern um Aufsaugung des Aszites durch das Epithel handele. Das wäre dann nichts anderes als die Funktion der Chorionepithelien und damit eine noch nicht beschriebene Eigenschaft des Epithels maligner Tumoren, d. h. die Fähigkeit der Resorption und Assimilation. Die Bauchhöhle stellt einen grossen Lymphraum dar, dann wäre der Aszites ein Abwehrmittel gegen den Tumor, dessen schnelles Wachsen häufig nach der Punktion beobachtet wurde. Daher solle nicht zu früh und nicht zu oft punktiert werden. Weiter käme eine therapeutische Verwendung des Aszites durch subkutane Injektion in Betracht. In der Diskussion vertritt Albrecht den Standpunkt, dass es sich um einen traubenförmigen, papillären Ovarialtumor mit ödematöser Schwellung der Papillen handele. Choriale Zellen seien nirgends zu sehen.)

11. Lorentowicz, Cystoadenoma utriusque ovarii serosum papillare carcinomatodes mit Krankengeschichte. Przeglad chir. i gin. Bd. 9. Heft 3. p. 338—339. (Polnisch.) (Gewicht der Tumoren 26 Pfund. Die Frau wog vor der Operation 238 Pfund, zwei Wochen nach der Operation 130 Pfund.) (v. Neugebauer.)

12. Martius, K., Carcinoma psammosum des Ovariums beim Huhn. Frankfurter Zeitschr. f. Path. Bd. 12. p. 481. (Vierjähriges Huhn. In der Bauchhöhle eine Tumormasse von 370 g. Sie bestand aus zahlreichen, zusammenhängenden, kugeligen Knollen von Erbsen- bis Mannsfaustgrösse. An der Oberfläche zahlreiche, kurzgestielte Zysten mit gallertigem Inhalt und bis zu Haselnussgrösse. Mikroskopisch handelte es sich um grosse, runde Zellen mit kleinem Protoplasmasaum. Kalkkonkremente. Die erwähnten Zysten waren mit einer einfachen Lage kubischer Zellen ausgekleidet. Noch acht weitere Fälle aus der Literatur.)

13. *Massabuau, G., et E. Etienne, Le cancer primitif de l'ovaire. Revue de gyn. Tome 20. Nr. 3. Mars. p. 225.

14. Parijsky, Zur Kasuistik des primären Eierstockkrebses. Verhandl. des Ärztevereins zu Rostow am Don und Nachitschewan. (Drei eigene Fälle von primärem Eierstockskrebs und drei Sekretionsfälle.) (H. Jentter.)

15. Rauscher, Gustav, Über einen Fall von Strahlenbehandlung bei einem malignen Ovarialtumor. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Leipzig. 21. April. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 38. p. 1402. (L. c. keine weiteren Angaben.)

16. Rodler-Zipkin, Epitheliale Ovarialgeschwülste. Nürnberger med. Ges. u. Poliklinik. 22. Mai. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 36. p. 2026. (I. Einseitiges, mannskopfgrosses Cystadenoma simplex ovarii. II. Kindskopfgrosses, einseitiges, exquisit

zottiges Cystocarcinoma papillare ovarii. III. und IV. Einseitige Zystokarzinome, von denen eines fast die ganze Bauchhöhle ausfüllte.)
17. Roessle, Grosses psammöses Karzinom des Ovariums. Naturw.-med. Ges. zu Jena. 13. Nov. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 51. p. 2862. (48jährige Frau, der kopfgrosse Tumor ist fast ganz in Kalkmassen aufgegangen. Auch mikroskopisch ist nur noch an ganz wenigen Stellen die Diagnose papilläres Karzinom zu stellen. Die teilweise geschichteten Kalkmassen ersetzen vollständig das ursprüngliche Parenchym des Krebses in den einzelnen Drüsenschläuchen. Im Stroma wurde kein Kalk gefunden.)
18. Ulesko-Stroganowa, Zur karzinomatösen Degeneration der Ovarialzysten. Russki Wratsch. Nr. 18. (Von 202 Ovarialtumoren waren 10 solide Geschwülste, 86 einfache Zysten, 31 Dermoidzysten, 53 proliferierende und 22 karzinomatös degenerierte Zysten. Proliferierende Zysten stehen auf der Grenze zwischen benignen und malignen Tumoren, als Übergangsform. Die diesen Tumoren eigene Hyperplasie des Epithels birgt in sich Neigung zur malignen Degeneration. Es lässt sich der Beweis erbringen, dass die karzinomatös degenerierten Zysten sich aus proliferierenden Zysten entwickelt haben.) (H. Jentter.)
19. Ulesko-Stroganoff, Claudine, Beitrag zum Studium der malignen Degeneration der Ovarialzysten. XVII. Intern. med. Kongr. in London. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 39. p. 1441. (Die proliferierenden Zysten werden als Übergangsformen zwischen gutartigen und bösartigen Neubildungen aufgefasst. Ihre Epithelhyperplasie kennzeichnet die Neigung zur malignen Degeneration. Bei bösartig entarteten Zysten kann man in den Anfangsstadien noch histologisch ihre Entstehung aus proliferierenden Kystomen erkennen.)
20. Wells, Papillary carcinoma of the ovary. Amer. Journ. of Obst. p. 142. (Papillares Adenokarzinom des Ovariums, an verschiedenen Stellen mit sarkomatösem und endotheliomatösem Charakter.)

Klein (9) behandelte 5 Ovarialkarzinome mit Röntgenstrahlen. Er erreichte ein langsameres Wachstum und derbere Struktur.

Massabuau und Etienne (13) bringen eine ausführliche und zusammenfassende Darstellung über das primäre Ovarialkarzinom unter Zugrundelegung von 250 Fällen der Literatur und einiger selbst beobachteter. Seine Häufigkeit berechnen sie auf 4,86 % der Ovarialtumoren. Es fand sich in allen Lebensaltern, am häufigsten betroffen war das 25. und 45. Lebensjahr. Sie weisen gewöhnlich keine Menstruationsstörungen auf. Die Tatsache, dass diese Tumoren so häufig doppelseitig gefunden werden, führen sie auf eine frühe Metastasierung im zweiten Ovarium zurück. Je früher operiert würde, desto häufiger würden einseitige Tumoren gefunden. Die Gestalt ist unregelmässig. Die Grösse schwankte zwischen der einer Nuss' und eines Mannskopfes. Man kann zwei Typen unterscheiden, das solide Karzinom mit oder ohne Zerfallshöhlen und das zystische. Sehr häufig bestehen Verwachsungen entzündlicher Natur oder durch Übergreifen des Tumors bedingte. Die bisher beim Ovarialkarzinom vernachlässigte Drüsenfrage bedarf der gleichen Aufmerksamkeit wie bei den übrigen Karzinomen. Nur ein einziges Mal liess das Ovarium der erkrankten Seite noch normales Ovarialgewebe erkennen. Bestehen gleichzeitig Karzinome des Verdauungstraktus, so soll man sie als die primären ansehen. Nach histologischen Gesichtspunkten wird folgende Einteilung vorgeschlagen: 1. Atypische Karzinome, entweder medulläre, alveoläre oder Zylinderzellenkrebse. 2. Solche mit grossen vielgestaltigen und hellen Zellen. 3. Chorionepitheliome. 4. Luteinzellenkarzinome. Therapeutisch soll immer die abdominale Totalexstirpation vorgenommen werden. Die Operation soll ausgedehnt werden auf die Entfernung der Lymphdrüsen.

14. Fibroide.

(Siehe auch unter 4 und 15.)

1. Bakofen, Ovarialtumor. Berl. med. Ges. 16. Juli. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 31. p. 1529. (22pfündiger, intraligamentär entwickelter, fibromatöser Tumor.

Vor zwei Jahren war er noch so klein, dass die Operation von einem Gynäkologen für unnötig gehalten wurde.)

2. Baleschow, Lipom des breiten Mutterbandes, kombiniert mit Fibromyom des Eierstocks. Wratsch. Gaz. Nr. 6. Sitzungsber. der geb.-gyn. Ges. zu Moskau. (52jährige Patientin, Leibesumfang 128 cm, Kachexie, Dyspnoe. Der grosse, goldgelbe Tumor ging vom rechten Lig. latum aus und drängte alle Organe der Bauchhöhle nach oben. Bei der Exstirpation des Tumors wurden alle Gefässe des Beckens und die Ureteren blossgelegt. Peritonisierung. Genesung. Der Tumor wog 1 Pud 27 Pfund, erwies sich als Lipom; ein mannskopfgrosser, kompakter Teil desselben erwies sich als Fibrom des rechten Eierstocks.) (H. Jentter.)
3. Giles, A. E., Diffuse ovarian fibroma with central cyst. Proced. of the royal. soc. of med. Nr. 5. p. 127. (63jährige Patientin, 1235 g schwerer, solider Ovarialtumor. Beim Aufschneiden fand sich zentral eine Zyste mit gelber klarer Flüssigkeit. Histologisch handelte es sich um ein Fibrom. Die Zyste war mit degeneriertem, aber nicht malignem Epithel ausgekleidet.)
4. Grulasimski, D., Über Ovarialfibrom mit Aszites. Inaug.-Diss. München.
5. Le Fillâtre, G., Volumineux fibrome de l'ovaire gauche. Soc. anat. de Paris. 18 Avril. Presse méd. Nr. 33. p. 336. Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris. Nr. 4. p. 217. (Sieben Pfund schweres Fibrom, zentral erweicht bei einer 56jährigen Frau. Der Tumor war innerhalb dreier Jahre auf Kindsfaustgrösse gewachsen. Aszites. Verwachsungen mit Netz und Darm. In das Mesenterium der Flexur hereingewachsen. Nabelhernie.)
6. Le Moniet, Laparotomie pour fibrome de l'ovaire de douze kilogrammes et demi. Guérison. Soc. de chir. de Paris. Prov. méd. p. 119. (Ovarialfibrom von 12,5 kg, das sich in 12 Jahren allmählich entwickelt und zu schweren Kompressionserscheinungen besonders an den Thoraxorganen und Kachexie geführt hatte. Kein Aszites.)
7. Schmincke, Ovarialfibrom. Münchn. gyn. Ges. 20. Nov. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 51. p. 2865. (Beginnende zystische Einschmelzung.)
8. Thévenard, Fibrome de l'ovaire. Soc. des chir. de Paris. 30 Mai. Paris chir. Nr. 5. p. 526. Revue de gyn. 1 Oct. p. 343. (Tumor völlig eingeschlossen im Ligamentum latum. Ein linkes Ovarium im übrigen nicht vorhanden. Bericht über eine mikroskopische Untersuchung fehlt.)
9. Watkins, Thomas J., 1. Large fibrocyst of the ovary. 2. Dermoid and adenoma of ovary. Chicago. gyn. soc. March 21. Surg., Gyn. and Obst. Nr.-3. p. 390. (I. Grosser, die ganze Bauchhöhle ausfüllender Tumor. Es handelt sich um ein zentral erweichtes Fibrom mit spärlichen Muskelfasern. II. Leicht blutig verfärbtes Dermoid. Mikroskopisch erwies es sich als Adenom, in dem sich ein Dermoid mit einem kleinen Knochen befand.)

15. Sarkome. Endotheliome.

(Siehe auch unter 4 und 8.)

1. Albrecht, Ovarialsarkom. Gyn. Ges. zu München. 20. Nov. Münchn. med. Wochenschrift Nr. 51. p. 2865. (Grosses Rundzellensarkom des Ovariums bei 18jährigem Mädchen mit kolossalem Aszites. Heilung.)
2. Benthin, Endothelioma ovarii. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 15. März. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 30. p. 1483. (58jährige Patientin, mit Tumor bis nahe zum Rippenbogen. Vor 24 Jahren war er faustgross, seit zehn Jahren deutliches Wachstum. Mikroskopisch betrafen die Zellwucherungen lediglich die Endothelien der Lymphbahnen (Lymphangioendotheliom). Keine Metastasen erkennbar. In der Diskussion berichtet Lange über ein beginnendes Endotheliom, bei dem es schon ein Jahr nach der Entfernung zu ausgedehnten Metastasen kam.)
3. Bondi, Joseph, Zur Kenntnis des Melanosarcoma ovarii. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 26. p. 1073. (30 Jahre alte Frau, zwei Entbindungen, seit drei Wochen Beschwerden. Rechts und vor dem Uterus eigrosser Tumor. Laparotomie. Rechts gänseeigrosser Ovarientumor mit gedrehtem Stiel. Der bläulichschwarze, weiche Tumor platzt und wird entfernt. Mikroskopisch: Melanosarkom. Nach 16 Tagen Exitus unter Hirnsymptomen. Sektionsbefund: Kein Nävus. Keine Peritonitis. Das ganze Omentum und das Peritoneum des Darmes mit zahlreichen, ganz flachen, schwarzen Knoten übersät von Hanfkorn- bis Kreuzergrösse. Vereinzelte solche Knoten an der Darmschleimhaut und dem Peritoneum des kleinen Beckens. Metastasen in der linken Niere, der Milz, im Herzen und im linken Stirnlappen. Lungentuberkulose.)

4. Borckewitsch, Myoma sarcomatodes ovarii. Journ. akusch. i shensk. bol. März. (Die 57jährige Multipara bemerkte bereits vor vier Jahren einen Tumor im Unterleib. Seit zwei Monaten rapides Wachstum der Geschwulst; durch die Bauchdecken wird ein Tumor von der Grösse einer achtmonatlichen Schwangerschaft palpiert. Per vaginam wird der Uterus unvergrössert gefunden. Laparotomie. Der intraligamentär gelegene Tumor war zwischen die Blätter des Mesocolon flexurae hineingewachsen. Enukleation. Heilung. Nach $1^1/_2$ Monaten Rezidiv. Exitus. Sektionsbefund: Sarcoma vag. retroperitonealis sin. Pneumonia hypostatica sin. infer. Ureteritis et pyelitis purul. sin. Gewicht des Tumors 2978 g; Masse 24 : 19 : 8; grösster Umfang 80 cm. Mikroskopisch war der Tumor in seinen harten Abschnitten Fibromyom, in den weicheren polymorphzelliges Sarkom. Die der Leiche entnommene rezidive Geschwulst wies ähnliche Struktur auf, nur waren Blutergüsse und nekrotische Herde zahlreicher.)
(H. Jentter.)

5. Brettauer, Joseph, Perithelial sarcoma of the ovary. New York Obst. Soc. April 8. Amer. Journ. of Obst. March. p. 539. (Seit $2^1/_2$ Jahren unbestimmte Leibschmerzen, Harndrang und zunehmende Kachexie. Laparotomie. Uterus myomatosus und überkindskopfgrosses rechtes Ovarium. Es handelte sich um ein Sarkom, das von der perithelialen Bekleidung der Kapillaren ausging.)

6. Gibbon, Fitzgibbon, Case of Fibrosarcoma of the ovary. Royal Acad. of Med. in Ireland. Dec. 13. 1912. Lancet. Jan. 11. p. 102. (42jährige Frau; grosser, seit drei Jahren bestehender Tumor. Es wird der Standpunkt vertreten, dass bei allen soliden Tumoren des Ovariums auch das andere Ovarium mitentfernt und möglichst noch während der Operation eine histologische Untersuchung vorgenommen werden sollte.)

7. — Case of Fibrosarcoma of the ovary. Journ. of Obst. of the Brit. Emp. Nr. 3. (Unter 343 Ovarialtumoren waren sechs Sarkome. Drei starben, zwei waren inoperabel, einer mit Erfolg operiert. Ein siebenter Fall: 44jährige Frau, seit fünf Jahren wachsender Tumor im Leibe. Laparotomie. Solider, bis über den Nabel reichender Tumor des linken Ovariums. Mikroskopisch: Zahlreiche, unregelmässig geformte Zellen von wechselnder Grösse, vorwiegend um die dünnen Gefässwände angeordnet. Die gesunden rechten Anhänge werden mitentfernt. Vier Monate nach der Operation noch rezidivfrei.)

8. Giltscher, Endotheliome des Eierstocks. Journ. akusch. i shensk. bolesn. Mai-Juni. (Die 22jährige Patientin hatte nie menstruiert und nie an Molimina gelitten. Libido vorhanden. Vor mehreren Monaten begann der Leib zu schwellen. In stark vorgewölbtem Hypogastrium wird ein glatter, runder, elastischer Tumor palpiert. Uterus nicht konturierbar. Bei der Laparotomie erweist sich die Geschwulst als ein vom rechten Eierstock ausgehender Tumor solidus mit gedrehtem Stiel. Ausserdem wird konstatiert ein Uterus unicornis cum rudimento cornu alterius. Glatte Genesung. Der Tumor wiegt $3^3/_4$ Pfund, ist kindskopfgross. Mikroskopisch ist der Tumor von alveolärer Struktur, das Ovarialgewebe ist gänzlich verdrängt von grossen, runden, länglichen oder vielkantigen Tumorzellen. Die Kerne sind intensiv gefärbt, nehmen einen grossen Teil der Zelle ein; die Zellen sind untereinander und teilweise mit dem Grundgewebe mittelst Fortsätzen vereinigt. Die einzelnen Alveolen sind vom Bindegewebe scharf getrennt. An einigen Stellen werden Lumina mit Detritus und weissen Blutzellen gefunden (Lymphangioendothelioma). Verf. gibt mehrere gute Abbildungen von seinen Präparaten. Resumé: Die Bezeichnung Endothelium gebührt nur den flachen Zellen, welche auskleiden: Lymph- und Blutgefässe, Gelenkkapseln, Bursae serosae et tendineae, arachnoidale und subarachnoidale Räume. Ein Perithelium im Sinne Eberths gibt es nicht. Die als solche beschriebenen Zellen sind nichts anderes wie Bindegewebe, weswegen die unter dem Namen Perithelioma bekannten Tumoren Hämangiosarkome genannt werden müssen. Es gibt im Eierstock keine Lymphspalten und perivaskuläre Lymphräume. Die Endotheliome des Eierstocks bestehen aus dem Endothel der Lymph- oder der Blutgefässe, weshalb sie in Lymphangioendotheliome und Hämangioendotheliome eingeteilt werden können. Sie sind bösartige Tumoren, aber ihre Malignität ist schwächer als die der Krebse und Sarkome.)
(H. Jentter.)

9. Hayaschi, Über einen Fall von seltenem Ovarialendotheliom. Jap. Arch. f. Gyn. Bd. 7. p. 76.

10. Jones, Arthur T., Case of large sarcoma of the ovary. Transact. of the Amer. Assoc. of Obst. Sept. 16—18. Amer. Journ. of Obst. Nov. p. 908. (Grosses Ovarialsarkom des linken Ovariums mit ausgedehntem Aszites.)

11. Keil, Über Fibrome und Fibrosarkome der Ovarien, zugleich ein Beitrag zum Karzinom der Tube. v. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 77. Heft 2. (I. Fibrosarkom des linken Ovariums mit Karzinom der linken Tube. II. Fibrom des linken Ovariums.)
12. Kloss, Helene, Sarkomatöse Metastase eines Ovarialteratoms. Zentralbl. f. path. Anat. Bd. 24. Heft 11. p. 482. (Ovarialteratom mit Spindelzellensarkombildung, das zu ausgedehnten sarkomatösen Metastasen in das Netz geführt hatte.)
13. Kuhlhoff, Carl, Ein Fall von Fibrosarcoma ovarii mucocellulare (carcinomatodes) nach Krukenberg. Inaug.-Diss. Erlangen.
14. Rodler, Zipkin, Ovarialsarkom. Nürnberger med. Ges. u. Poliklinik. 22. Mai. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 36. p. 2026. (Einseitig. Primär. Eigross. Kleinzelliges Rundzellensarkom des Ovariums.)
15. Schottlaender, J., Demonstration zur Frage der Endotheliome des Eierstocks. 85. Vers. deutsch. Naturf. u. Ärzte in Wien. Gyn. Sekt. (Solid-zystische Geschwülste mit histologisch malignen Qualitäten, in die Karzinomreihe gehörend. Sie werden als Markstrangepitheliome (Granulosaepitheliome, R. Meyer) angesprochen. Die Frage wird offen gelassen, ob es primäre Lymphangioendotheliome des Eierstockes gibt.)
16. Seeligmann, Ludwig, Über ein erfolgreiches Heilverfahren bei einem Sarkomrezidiv des Eierstockes, das die Wirbelsäule ergriffen hatte. Ärztl. Verein zu Hamburg, 11. Febr. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 8. p. 436. Nr. 12. p. 637. Verhandl. d. deutsch. Ges. f. Gyn. 14.—17. Mai zu Halle a. S. (Vor $1^1/_2$ Jahren Entfernung eines 5 kg schweren Ovarialsarkoms bei einer 24jährigen Frau. Jetzt völlig inoperables Rezidiv in den retroperitonealen Lymphdrüsen. Durch kombinierte Behandlung mit intravenösen Arsacetineinspritzungen (viermal 0,1 in Zwischenräumen von einer Woche und dann nach vier Wochen nochmals 0,1) und Röntgenbestrahlungen (zwei Serien mit im ganzen 121 X) ein glänzender Erfolg erzielt werden. Der Tumor und anscheinend auch die Affektion der Wirbelsäule verschwand. Eine spätere Nachuntersuchung ergab den gleichen Befund und Wohlbefinden der Patientin.)
17. Stankiewicz, C., Rezidiv eines Ovarialsarkoms. Przeglad chir. i gin. Bd. 8. Heft 2. p. 296. (Polnisch.) (23jähriges Fräulein, vor 12 Jahren Ovarialkystom durch Krajewski entfernt. Nach 10 Jahren linkerseits parauteriner, kindskopfgrosser Tumor. 1910 operiert durch Prof. Kuestner in Breslau, aber nicht in toto entfernt. 1911 Bauchschnitt durch Stankiewicz. Tumor sehr schwierig auszulösen, ging vom S romanum aus und mussten 18 cm Darm samt Gekröse reseziert werden. Seitliche Enteroanastomose. Drei Wochen lang nach Operation starke Schmerzen, wohl Exsudat, dann völlige Genesung. Sarkom von 600 Gramm Gewicht.)
(v. Neugebauer.)
18. Steinharter, E. C., Endothelioma of the ovary, with report of case of mesothelioma of the ovary. Lancet. Clin. Nr. 4. p. 84. (Maligner, doppelseitiger Ovarialtumor. Teilweise zystisch. Inhalt blutigschleimig. Zahlreiche Metastasen in Peritoneum, Lunge und Lymphknoten. Karzinom- und sarkomähnlich. Die von verschiedenen Autoren gewählte Bezeichnung als Endotheliom wird abgelehnt und die als Mesotheliom vorgeschlagen.)
19. Vogt, E., Beitrag zu den Melanosarkomen des Ovariums. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 73. p. 223. (Vortrag auf dem internationalen Gynäkologenkongress, im Jahresbericht 1912 referiert.)
20. Thalrose, Leo, Über ein Sarkom von alveolärem Aufbau im Ovarium einer Siebzehnjährigen. Inaug.-Diss. München.

16. Embryome.

(Siehe auch unter 4, 7, 9, 14, 15 und 17.)

1. Aisenstadt, Ida, Über Struma ovarii colloides. Inaug.-Diss. Giessen.
2. Chapuis, R., Un cas de cholestéatome pur de l'ovaire. Arch. de méd. exp. et d'anat. pathol. p. 233. (Kleiner zystischer Tumor im lateralen Drittel des Eierstockes. Das Innere bestand aus einer weissen Masse von lamellärem Bau. Die Zyste war ausgekleidet mit typischem Pflasterepithel. Die weisse Masse setzte sich aus Epithellamellen ohne Kerne zusammen. Haare fehlten im Inhalt. Es sind erst zwei solche Tumoren beschrieben, die als Embryome von ausschliesslich epidermaler Entwickelung angesprochen werden.)

3. Charbonnet et Pierre Nadal, Tuberculous dermoid cysts of the ovary. Prov. méd. 1912. Nr. 39. (Eine linksseitige Dermoidzyste wies mikroskopisch typische tuberkulöse Knötchen auf, ohne dass ein Nachweis von Bazillen gelang. Rechts bestand eine Schleimzyste des Ovariums. Peritoneum und Tuben waren frei von Tuberkulose.)
4. Foerster, Hans, Ein Beitrag zu den Dermoidzysten des Ovariums. Inaug.-Diss. Jena.
5. Forraz, Kystes dermoides bilatéraux de l'ovaire. Gaz. de gyn. p. 10. (52jährige Frau, beiderseits Zysten mit Haaren.)
6. Forssell, W., Fall von Ovarialdermoid mit Thyreoideagewebe. Verhandl. d. obst.-gyn. Sekt. d. Ges. schwed. Ärzte. Stockholm. Hygiea. Nr. 12. (Silas Lindqvist.)
7. Frankl, L., Zur Kenntnis der strumösen Teratoblastome des Ovariums. 85. Versamml. deutsch. Naturf. u. Ärzte in Wien. Gyn. Sekt. IV. Sitzg. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 42. p. 1556. (I. Histologisch benigner Fall von Struma ovarii. Zwischen den ausgereiften, kolloidhaltigen Drüsen und Zysten solide Sprossen, die aber nicht ein Zeichen der Malignität sind, sondern die jüngsten Gewebspartien darstellen. Sie zeigen das gleiche Bild, wie man es in der fötalen Schilddrüse beobachtet. Auch dort sind sämtliche Drüsengänge als solide, meist zweizeilige Sprossen angelegt. II. Tumor, kindskopfgross, besteht im wesentlichen aus blastomatös wuchernden Zellen. Sie erinnern teilweise an Drüsen, zum grösseren Teil aber bilden sie solide Zellmassen. Ein eingesprengter Keil weist normales Schilddrüsengewebe auf. Die histologische Malignität geht daraus hervor, dass neben dem Schilddrüsengewebe blastomatöse Wucherungen bestehen, gleichfalls teratogenen Ursprungs aber nicht aus Schilddrüsengewebe hervorgegangen. $1^3/_4$ Jahre nach Operation noch rezidivfrei. III. Mannskopfgrosser Tumor, der zur Hälfte aus einem ödematös-zystischen Fibrom, zur Hälfte aus einer Ovarialstruma besteht. Letztere zeigt nur an wenigen Stellen den Bau einer gutartigen Struma colli. In den weitaus meisten Partien findet sich Mehrschichtung und Atypie der Drüsenepithelien. Im Lumen jedoch überall Kolloid. Vier Monate nach Operation noch rezidivfrei.)
8. Friedrich, Dermoidzyste. Gyn. Ges. zu Breslau. 29. April. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. p. 110. (Nach Entfernung des typischen, mit Haaren untermischten Dermoidbreies fanden sich an der Wand einer Dermoidzyste kleine, bis haselnussgrosse, gestielte, traubenförmige Gebilde. Es wird eine Kombination von Dermoid und Zystadenom angenommen. Durch Stieldrehung (der Tumor war um dreimal 180° gedreht) haben sich die Zysten zu kugeligen Gebilden umgewandelt. Mikroskopisch scheinen in den zwiebelartig geschichteten nekrobiotischen Kugeln abgestossene Epithelien zu liegen. In der Diskussion erklärt Küstner sie für Papillenwucherungen, die durch Stauung und Ödem infolge von Stieltorsion voluminös geworden sind.)
9. Gosset, Kyste dermoid de l'ovaire droit pris pour un calcul de l'uretère. Soc. de chir. de Paris. 30 April. Presse méd. Nr. 37. p. 376. Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris. Nr. 16. p 707. (40jährige Frau, seit vier Jahren Beschwerden anscheinend einer chronischen Appendizitis. Rechts Tumor, der für eine Salpingooophoritis gehalten wurde und Wanderniere. Ein Röntgenbild zeigte einen Schatten, der an einen Ureterstein denken liess. Laparotomie. Ein chronisch entzündeter Processus vermiformis wird entfernt. Eine rechtsseitige, orangengrosse Ovarialzyste ebenfalls. Der Ureter erscheint normal. Die Ovarialzyste war ein Dermoid mit zwei Zähnen, die den Schatten im Röntgenbild verursacht hatten.)
10. — et Masson, Névraxo-épithélioma de l'ovaire. Revue de gyn. et de chir. abdom. Tome 20. Nr. 1. p. 1. (Tumor von der Grösse des Eies einer Truthenne vom linken Ovarium einer 50jährigen Frau. Einige Monate später Aszites. Exitus. Sektion verweigert. Der Tumor besteht aus weichem, ödematösem Gewebe und ist von einer Kapsel umgeben. Unter der Kapsel und in der Tiefe des Tumors Zysten. Histologisch handelt es sich um ein Neuroepitheliom.)
11. Hansson, A., Teratoma ovarii. Verhandl. d. obst.-gyn. Sekt. d. Ges. schwed. Ärzte. Stockholm. Hygiea. Nr. 12. (Silas Lindqvist.)
12. Hellier, Ovarian dermoid cyst. North of England Obst. and Gyn. Soc. April 18. Journ. of Obst. and Gyn. of Brit. Emp. June. p. 427. (Rechtsseitiges Ovarialdermoid bei 40jähriger Frau mit sechs Kindern. Die Zyste enthielt Knochen, einige Zähne, Knorpel, Haare und Haut.)
13. Henkel, Dermoid des Ovariums. Naturw.-med. Ges. zu Jena. Sitzg. vom 30. Jan. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 8. p. 375. (16jähriges Mädchen. Unregelmässige Menstruation. Dermoidzyste von der Grösse eines schwangeren Uterus im vierten Monat.)

14. Hicks, H. T., Dermoid cyst of the left ovary. Midland Obst. Soc. Dec. 2. Journ. of Obst. of Brit. Emp. Dec. p. 331. (Kleine linksseitige Dermoidzyste mit drei Zähnen. Bei der Patientin war eine diagnostische Röntgenaufnahme gemacht. Mit Rücksicht auf den durch die Zähne bedingten Schatten hatte man Uretersteine angenommen und laparotomiert.)

15. Jemtel, Le, Kyste dermoide de l'ovaire du poids de 18 kg. Année méd. de Caen. Nr. 6. p. 303. (58jährige Frau, mit 30 Jahren Partus. Im Wochenbett wird ein eigrosser Ovarialtumor festgestellt. Operation wird dauernd verweigert, bis unerträgliche Beschwerden eintreten. Laparotomie. 18 kg schwerer Tumor mit gutem Ausgang entfernt. Der Tumor enthält eine solide, käseartige Masse und eine grosse Menge Haare.)

16. Kudoh, Histogenese der Ovarialdermoide. XVII. Internat. med. Kongr. zu London. 6. bis 12. August. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 36. p. 1765. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. p. 458. (Kudoh fand in allen untersuchten Ovarialdermoiden Derivate aller drei Keimblätter. Er verwirft daher in bezug auf die Histogenese dieser Tumoren die Theorie der versprengten Hautteile und die Bandlersche Theorie der ektodermalen Einstülpung und spricht sich für die Entstehung aus unbefruchteten Eizellen aus.)

17. Lindquist, L., und O. Forsselins, Fall von Struma thyreoidea ovarii. Verhandl. d. obst.-gyn. Sekt. d. Ges. schwed. Ärzte. Stockholm. Hygiea. Nr. 12.

18. Lippert, Rudolf, Über Dermoidkugeln und ihre Entstehung. Frankfurter Zeitschr. f. Pathol. Bd. 14. Heft 3. (Bei einem doppelseitigen Dermoidkystom enthielt lediglich die eine Zyste Dermoidkugeln. Ihre ganze Wand war mit Epidermis ausgekleidet. Die andere Zyste zeigte keine epitheliale Auskleidung. Die Kugeln enthielten ausgedehnte Zellbeimengungen. Die Ursache der Kugelbildung wird in einer Abschilferung des Epithels und seiner innigen Vermengung mit dem Fettinhalt erblickt.)

19. Möller, O., Struma ovarii cystica. (Demonstration.) Ges. f. Gyn. u. Obst. 6. Nov. 1912. Ref. Ugeskrift for Laeger. Kopenhagen. p. 2017—2018. (O. Horn.)

20. Oliver, J., Ovarian dermoid with large broad ligament cyst on the opposite side. Brit. med. Journ. Nr. 2720. p. 330. (35jährige Nullipara, links ein vom Becken bis zur untersten Rippe reichender, fluktuierender Tumor, rechts ein kleinerer. Laparotomie. Links intraligamentäre Parovarialzyste; rechts orangegrosses Dermoid mit Knochen, Haaren und Talgdrüsen.)

21. Outerbridge, Geo W., Thyroid-tissue tumours of the ovary. Amer. Journ. of Obst. Dec. p. 1032. (Beschreibung zweier Ovarialtumoren, von denen der eine ganz, der andere nur zu einem kleinen Teil aus Schilddrüsengewebe bestand.)

22. Péraire, Kyste dermoide de l'ovaire. Soc. des chir. de Paris. 6 Juin. Presse méd. Nr. 55. p. 559. (Dermoidzyste, 4 kg schwer, enthielt helle Haare von 1,60 m Länge, einen Zahn und eine Wirbelsäulenanlage.)

23. Phillips, Miles H., A parasitic ovarian dermoid cyst. North of England Obst. Soc. Nov. 21. Journ. of Obst. of the Brit. Emp. Dec. p. 328. (55jährige Frau, plastische Operation an der Vagina, Laparotomie wegen rechtsseitigen Tumors. Der Tumor ging aus vom rechten Ovarium. Es bestanden Verwachsungen mit Darm, Prozessus und Netz. Er enthielt Dermoidbrei und Haare. Das linke Ovarium enthielt ebenfalls eine kleine Dermoidzyste. Ovarien und Wurmfortsatz wurden entfernt.)

24. Pierre-Nadal, Teratomes de l'ovaire. Soc. anat. de Paris. 23 Mai. Presse méd. Nr. 44. p. 444. (I. Wahres Teratom mit kleinem Magen, Pankreasgewebe und Zerebrospinalstiel. II. Zwei Tumoren zeigen eine Höhle, die an eine Luftröhre erinnert und die in dem einen Falle begrenzt wird von einem Knoten Schilddrüsengewebe. III. Der vierte Fall bösartig degeneriert [Zylinderzellenkrebs].)

25. Pomorski, Embryom-Teratom bei einem siebenjährigen Mädchen. Nowiny Lekarskie. Heft 4. p. 184. (Polnisch.) (Die Literatur soll nur 15 Fälle von Embryom-Teratom der Brusthöhle enthalten. Pomorski fügt einen neuen Fall hinzu: Siebenjähriges Kind; im sechsten Jahre Keuchhusten, seither Dyspnoe. Neoplasma der rechten Brustkorbhälfte angenommen mit pleuritischem Exsudat. Wegen Erstickungsgefahr Operation mit Resektion zweier Rippen. Man hatte anfangs an Echinococcus gedacht. Tod trotz der Operation. Im Tumor Hautelemente, Haare, Knorpel etc. (v. Neugebauer.)

26. Rosenstein, Dermoid und Teratom. Gyn. Ges. zu Breslau. 29. April. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. p. 108. (I. 15jähriges Mädchen. Mannskopfgrosser zystischer Tumor, der bei der Operation punktiert wurde. Er enthält gelbliche Flüssigkeit mit

Haaren und Brei. Die Wand ist glatt, nur an der Basis liegt ein hartes Gebilde, das eine gewisse Ähnlichkeit mit einem verkümmerten Föt hat. Kopfähnliche Anschwellung, die mikroskopisch reichlich Glia und Zähne enthält. Ein Korpus mit vier Auswüchsen, die fast wie Extremitäten imponieren. Das ganze Gebilde entlang ziehen Knochenlamellen. Mikroskopisch finden sich: Gehirnsubstanz, Zähne, Chorioidea, Knochen, Knorpel, Haut mit Talgdrüsen, Knäueldrüsen und Haaren, glatte und quergestreifte Muskulatur, drüsige Organe, vor allem Darmepithel. II. 42jährige Frau. Faustgrosser Tumor rechts neben dem Uterus. Auf dem Durchschnitt kaleidoskopartiges Aussehen, solid, mit Alveolen durchsetzt, die eine graugallertige Masse enthalten. Mikroskopisch: Neben reichlicher Knochenbildung in der Stützsubstanz auch drüsige Massen, die Ähnlichkeit mit Thyreoidea haben.)

27. Rouville, de, Kystes dermoides bilatéraux des ovaires à symptomatologie exclusivement hémorrhagique. Réunion obst. de Montpellier. 3 Déc. Bull. de la soc. d'obst. Déc. p. 810. (38jährige Frau, seit fünf Jahren unregelmässige Blutungen. Laparotomie wegen Verdacht auf Myom. Es findet sich rechts vom normalen Uterus ein orangegrosser, intraligamentärer Tumor und links ein eigrosses Ovarium. Uterus und Anhänge werden entfernt. Es handelt sich um doppelseitiges Dermoidkystom. Nur links noch etwas Ovarialgewebe, das aber weder ein Corpus luteum, noch Zellen der interstitiellen Drüse enthält. Die Uterusschleimhaut verdickt, glanduläre Hypertrophie.)

28. Schwarzbach, Dermoidgeschwulst. Greifswalder med. Verein. 25. Jan. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 14. p. 676. (I. Sechs Pfund schweres Dermoid bei einem 13jährigen Mädchen mit zwei Zahnanlagen, Knorpel, Epidermis mit Haaren und Drüsen. II. Intraligamentäres Dermoid mit sehr viel feinen hellblonden Haaren und Schollen von perlmutterähnlichem Glanze. Mikroskopisch im Inhalt neben Fett Cholesterinkristalle.)

29. *Stewart, Mattew J., On the occurence of irritation giant cells in dermoid and epidermoids cysts. Journ. of pathol. and Bacteriol. Nr. 4. p. 502.

30. *Vautrin, Les kystes dermoides du cul-de-sac vésico-utérin. Soc. obst. et gyn. de Nancy. 21 Mai. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. Nr. 5. p. 510.

31. Wiener, Prolonged amenorrhea with bilateral ovarian dermoid cysts. Transact. of the New York. Obst. Soc. May 13. Amer. Journ. of Obst. Oct. p. 683 u. 762. (25jährige Frau, eine Entbindung vor fünf Jahren, Menstruation zuerst mit 17 Jahren, unregelmässig. Seit fünf Jahren Amenorrhoe. Jetzt doppelseitige Ovarienzysten. Laparotomie. Entfernung der Tumoren. Es handelte sich um Dermoidzysten.)

32. Wolff, Alfred, Seltene Verbreitungswege des resorbierten Dermoidinhalts. Verhandl. d. deutsch. Ges. f. Gyn. Bd. 15. Teil 2. p. 371. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 25. p. 920. (Rechtsseitiges Ovarialdermoid. Ausgedehnte Fettresorption in die Tumorwand und das Ligamentum latum. Im Mesenteriolum der Appendix drei bis haselnussgrosse Zystchen mit typischem Dermoidfettinhalt. Die Wandveränderungen gleichen vollkommen den Veränderungen bei Fettresorption in die Dermoidwand. Der Fetttransport ist wahrscheinlich auf dem Lymphwege erfolgt.)

33. *Zeynek, v., und F. Ameseder, Untersuchung des Fettes aus Ovarial- und Dermoidzysten. Prager med. Wochenschr. Nr. 38. p. 535.

Vautrin (30) berichtet über die klinischen Erscheinungen von Dermoidzysten im Bereiche der Plica vesico-uterina. Sie entwickeln sich in der Mittellinie und führen zu Symptomen von seiten der Harnblase und des Uterus. In einem Falle befand sich gleichzeitig ein Dermoid im linken Ovarium. Die Harnblase wird verzogen. Die Zysten neigen zur Vereiterung. Sie können dann zur Peritonitis oder zum Durchbruch in die Blase führen. Im letzteren Falle droht Steinbildung.

Stewart (29) weist darauf hin, dass in der Wand von Dermoidzysten und zwar auch beim Fehlen von Haaren eine Lage von Granulationsgewebe mit vielen Riesenzellen vom Charakter der Fremdkörperriesenzellen zu finden ist. Die Ursache liegt in dem Reize, welchen der Dermoidbrei auf das Bindegewebe der Zystenwand ausübt. Nach der experimentellen subkutanen Injektion von Cholestearin und Fettsäuren bekommt man ähnliche Befunde.

Nach Zeynek und Ameseder (33) zeichnet sich das Fett der Ovarialdermoidzysten durch seinen grossen Gehalt an Alkoholen aus, deren Bestimmung eingehend geschildert wird.

17. Tuboovarialzysten, Parovarialzysten. Mischgeschwülste. (Siehe auch unter 4, 7 und 13).

1. Deane, Frederick, Note on a parovarian cyst in a child presenting in the epigastrium. Lancet. March 29. p. 887. (Achtjähriges Mädchen, vor sechs Monaten beobachteten die Eltern einen kleinen Tumor in der Nabelgegend. Jetzt rapides Wachstum. Laparotomie. Dünnwandige Zyste, deren Stiel in die Gegend des linken Parovariums führte. Heilung.)
2. Heil, Parovarialzyste. Mittelrhein. Ges. f. Gyn. 16. Febr. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. p. 403. (27jähriges Fräulein, linksseitige Parovarialzyste. Obwohl sie 5 kg schwer ist und beginnende Stieldrehung zeigt, machte sie nur wenig Beschwerden.)
3. Hicks, H. T., Tubo-ovarian cyst. Midland Obst. and Gyn. Soc. Dec. 2. Journ. of Obst. of Brit. Emp. Dec. p. 331. (Demonstration des Präparates einer grossen linksseitigen Tuboovarialzyste. Eine kleinere rechts.)
4. Jones, Arthur T., Case of solid tumor of parovarium. Transact. of the Amer. Assoc. of Obst. Sept. 16—18. Amer. Journ. of Obst. Nov. p. 906. (Linksseitiger Parovarialtumor. Entfernung des Tumors und supravaginale Amputation des Uterus. Beim Durchschneiden erweist sich der Tumor als solid. 25 : 18 : 9 cm. 3175 g schwer. Er bestand aus einem Konglomerat von embryonalem Gewebe und ist jedenfalls aus dem Wolffschen Körper entstanden.)
5. Marshall, Balfour, A left parovarian cystoma with torsion of the pedicle containing fallopian tube, fimbria ovarica, and Mesosalpinx. North of England Obst. and Gyn. Soc. May 30. Journ. of Obst. and Gyn. of Brit. Emp. July. p. 51. (38jährige Frau. Laparotomie wegen eines Tumors links im Becken, der erhebliche Beschwerden machte. Linksseitige Parovarialzyste $4^3/_8 \times 2^3/_4 \times 3$. Das Ovarium war normal und lag neben der Zyste. Die laterale Hälfte der Tube und die Fimbrien des Ovariums bildeten ein Band über die obere Hälfte des Tumors. Es bestand Stieldrehung.)
6. Peisser, Parovarialzyste bei gleichzeitig vorhandener Peritonealtuberkulose. Gyn. Ges. zu Breslau. 21. Jan. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. p. 522. (Hinterwand des Uterus mit Knötchen übersät. Der gänseeigrosse, zystische, intraligamentäre Tumor war in das Mesenterium der Flexura sigmoidea hineingewachsen. Der verdickte Wurmfortsatz mit Adhäsionen an der Oberfläche wird auch entfernt.)
7. Tate, Walter, Tubo-ovarian cyst with intracystic carcinomatous growth. Proc. of the Roy. Soc. of Med. Nr. 9. p. 346. (42jährige Patientin, drei Entbindungen, seit 12 Monaten Blutungen. Laparotomie. Entfernung des verdickten und metritischen Uterus und eines kokosnussgrossen, intraligamentären Tuboovarialtumors. An ihrer Innenfläche papilläre Wucherungen, die teilweise karzinomatös sind.)
8. *Tédenat, E., et A. Rives, Kystes tubo-ovariens. Prov. méd. Nr. 19. p 203
9. *Wichmann, S. E., Zur Kenntnis der Parovarialzysten. Mitteil. a. d. gyn. Klinik des Prof. Dr. Otto Engström in Helsingfors. Berlin 1911, bei S. Karger.
10. Zomakion, Die Ätiologie und pathologische Anatomie der tuboovariellen Zysten. Wratsch. Gaz. Nr. 11. Sitzungsber. d. Ges. russ. Ärzte zu Odessa. (H Jentter.)

Wichmann (9) bespricht eingehend auf Grund der vorliegenden Literatur und 53 Fällen der Frauenklinik in Helsingfors die Parovarialzysten. Vorweg untersuchte er das normale Epoophoron und kommt zu dem Schluss, dass ihm eine zurzeit noch unbekannte Funktion zukomme. Während der Gravidität konnte eine besonders starke Sekretion der Epithelien in das Lumen der Schläuche festgestellt werden. Die Grösse der Tumoren war ausserordentlich verschieden, sie schwankte zwischen Taubenei- und Übermannskopfgrösse. Die Wandung zeigte meist eine doppelte Schicht, die peritoneale oder parametrale Lamelle und die eigentliche Zystenwand. Beide waren gewöhnlich gut gegeneinander verschieblich; bei sklerotischen Wandteilen bestand aber auch völlige Adhärenz. Die eigentliche Zystenwand setzte sich aus bindegewebigen Lamellen zusammen. Sehr häufig fanden sich elastische Fasern, nur selten glatte Muskulatur. In etwa $^1/_3$ bis $^1/_4$ der Fälle fanden sich derbe, bis haselnussgrosse Exkreszenzen. In ihrer Nähe wurden schlauchförmige Bildungen in der Zystenwand angetroffen, die nicht als adenomatöse, drüsenförmige Formationen, sondern als bei der Papillenproliferation entstehende Nebengebilde auf-

gefasst wurden. Das Epithel der Zysten variierte sehr. Alle Übergänge von den hochzylindrischen bis zu den kubischen flimmernden und von den hochzylindrischen bis zu den endothelartigen nichtflimmernden kommen vor. Die Parovarialzysten machten 8,63 % aller Ovarial- und Parovarialtumoren aus. Dies stimmt gut überein mit dem Ergebnis einer Sammelstatistik von 9,22 %. Dem Alter nach stand an erster Stelle die Zeit vom 20.—30. Lebensjahre. Verheiratete Frauen erschienen besonders disponiert. Mehr als $^1/_3$ der Frauen litt an schweren dysmenorrhoischen Beschwerden. Die Menses waren aber gewöhnlich regelmässig.

Tédenat und Rives (8) besprechen unter Mitteilung 7 eigener Fälle die Tubo-Ovarialzysten. Das Lumen der Tube kommuniziert mit einem Hohlraum, mit einer Zyste des Ovariums. Die Kommunikation ist unter Umständen eng (3—20 mm), sie geht meist durch die abdominale Öffnung der Tube, selten durch eine perforierte Stelle der mit dem Ovarium verklebten Tubenwand. In der Tube besteht meist eine frische oder ältere Salpingitis. Die Ovarialzysten weisen nur selten papilläre Exkreszenzen auf. Als Ursache kommen gewiss in erster Linie entzündliche Vorgänge in Betracht. In einem angeführten Fall soll die Kommunikation zwischen Ovarium und Tube durch papilläre Wucherungen der Ovariumzyste entstanden sein.

V.

Physiologie und Pathologie der Menstruation.

Referent: Prof. Dr. Reifferscheid.

1. Alin, E., Zwei Fälle von supravaginaler Uterusexstirpation wegen schwerer Dysmenorrhoe. Verhandl. d. obst.-gyn. Sekt. d. Ges. schwed. Ärzte. Stockholm. Hygiea. Nr. 8. (Silas Lindqvist.)
2. Aschner, B., Über brunstartige Erscheinungen (Hyperämie und Hämorrhagie am weiblichen Genitale) nach subkutaner Injektion von Ovarial- oder Plazentarextrakt. Arch. f. Gyn. Bd. 99. Heft 3. (Durch subkutane Injektionen von Ovarial- oder Plazentarextrakt lassen sich exzessive Hyperämie und mitunter auch Hämorrhagie des Uterus erzeugen, wie die Versuche des Verf. an Meerschweinchen ergaben. Mikroskopisch fand sich nicht nur hochgradige Blutfüllung der Kapillaren, sondern auch Blutextravasate nach Art der menstruellen Schleimhauthämorrhagien beim Menschen. Verf. möchte auf Grund seiner Beobachtungen anregen, an Stelle von Ovarialpräparaten bei Amenorrhoe, Sterilität und klimakterischen Beschwerden die subkutane Injektion eines aus Plazenta hergestellten Extraktes zu versuchen.)
3. Baldwin, J. F., Dysmenorrhea from imperfect development of the uterus or malformation. Med. rec. Vol. 84. Nr. 11. (Mitteilung zweier Fälle.)
4. Bennstein, M., Ein neuer Fall von vikariierender Menstruation. Deutsche Monatsschr. f. Zahnheilk. Jahrg. 31. Heft 5. (Mitteilung eines Falles, in dem drei Stunden nach einer am zweiten Tage der Menses vorgenommenen Zahnextraktion eine drei Tage anhaltende Blutung aus der Wunde auftrat, während gleichzeitig die Menstruation aufhörte. Mitteilung von ähnlichen Fällen aus der Literatur.)
5. Bezançon, F., La période menstruelle chez les tuberculeuses. Bull. méd. Jahrg. 27. Nr. 83.
6. Blau, A., Wesen und Behandlung der Dysmenorrhoe. Med. Klin. Nr. 17 u. 18. (Mit der Schwäche des Nervensystems, die der Hauptgrund der Schmerzen ist, vergesell-

schaftet sich meist eine Hypoplasie der Genitalien beider als Teilerscheinung einer Konstitutionsanomalie, des asthenischen Infantilismus. Besprechung der Therapie.)

7. Boas, H., Zur forensischen Bedeutung und Behandlung der mit psychischen Störungen einhergehenden Menstruationszustände. Arch. f. Kriminalanthropologie. Bd. 53.

8. Bollmann, Über Menstruationsanomalien bei Jugendlichen mit näherer Beschreibung der Pubertätsblutungen. Inaug.-Diss. Erlangen 1912.

8a. Brettauer, J., Further report of cases of dysmenorrhoea relieved by nasal treatment. Amer. Journ. of Obst. Vol. 68. Nr. 1. (Durch die nasale Behandlung wurden von 66 Dysmenorrhoefällen 33 geheilt, 17 gebessert, 15 blieben unbeeinflusst. Auch gute Dauerresultate.)

9. Brooksher, W. R., Pathological uterine hemorrhages. Journ. of the Arkansas Med. Soc. Vol. 9. Nr. 11. (Bringt nichts Neues.)

10. Bukojemsky, F. W., Die Gebärmuttersklerose (Arteriosclerosis uteri) und deren Zusammenhang mit den Uterusblutungen. Arch. f. Gyn. Bd. 99. Heft 3. (Untersuchungen an drei Fällen von unstillbaren Metrorrhagien, die zur Exstirpation des Uterus führten. Es fand sich das typische Bild der Sklerose des Uterus und dessen Gefässe, die Verf. als Ursache der vorhandenen enormen Blutungen annimmt. In einem der Fälle fand sich Nekrose in den Gefässwänden.)

11. Calhoun, F. Ph., The report of a case of optic atrophy caused by uterine hemorrhage. Ophthalmic. Rec. Vol. 22. Nr. 7. Ref. Zentralbl. f. Geb. u. Gyn. u. Grenzgeb. Bd. 3. Heft 12. (38jährige Nullipara, bei der acht Tage nach den Menses eine heftige lebensbedrohende Blutung eintrat. Im Anschluss daran totale Erblindung. Nach drei Wochen langsame Besserung. Verf. nimmt eine Degeneration der Ganglienzellen des Optikus infolge der Ischämie an.)

12. Cantoni, V., Über die Blutveränderungen während der Menstruation. Arch. f. Gyn. Bd. 99. Heft 3. (Cantoni stellte Untersuchungen an über das Gerinnungsvermögen und die Reaktion des Blutes und dessen Albuminoidgehalt während der Menstruation. Er kommt zu dem Ergebnis, dass das Gerinnungsvermögen und die Reaktion des Blutes während der menstruellen Periode unverändert bleiben, der Eiweissgehalt des Blutserums aber, wenn auch unbedeutend, während der höchsten Phase der hämorrhagischen Periode steigt.)

13. Carstens, J. H., Dysmenorrhea. Cleveland med. Journ. Nr. 4. (Bringt nichts Neues.)

14. Chase, W. B., Menorrhagia and metrorrhagia. Suggestions as to treatment and remarks on recent claims for radio-therapy. New York State Journ. of Med. Vol. 13. Nr. 9. (Besprechung der Hygiene der Menstruation und der Therapie der Menorrhagien.)

15. Chisholm, C., Menstrual molimina. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 23. Nr. 5. (Untersuchungen an 100 gesunden Mädchen im Alter von 10—20 Jahren ergaben, dass bei 58,6% keine Menstruationsstörungen bestanden, bei 7,8% starke Beschwerden, beim Rest leichte. Bei der grossen Mehrzahl bestanden Schmerzen nur am ersten Tag. Leichte Unregelmässigkeiten im Beginn und der Dauer der Periode waren bei einer grossen Zahl der Frauen zu verzeichnen. Je besser die körperliche Entwickelung des Mädchen, um so geringer die Periodenstörungen.)

16. — Menstrual molimina: Adult cases. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 23. Nr. 6. (Von 100 gesunden, unverheirateten, beruflich tätigen erwachsenen Frauen hatten 77% über Schmerzen oder leichte Störungen des Befindens zu klagen, aber nur 3% waren arbeitsunfähig.)

17. — The nature and extent of the menstrual molimina during adolescence. North of England Obst. and Gyn. Soc. Liverpool. Febr. 21. Ref. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. April.

18. Clarc, T. C., A note upon the pathology and treatment of dysmenorrhoea and sterility. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 23. Nr. 6. (Nach Cannabin. tannic., dreimal 0,25, das als Sedativum vor der Periode bei einem Fall von Dysmenorrhoe und Sterilität gegeben wurde, trat ohne lokale Behandlung Schwangerschaft ein.)

19. Dalché, P., Obésité et métrorrhagies. Sem. gyn. p. 2. (Bei Adipositas tritt Amenorrhoe ein bei ungenügender genitaler Entwickelung im allgemeinen und Metrorrhagie, wenn bei völliger Entwickelung des Genitale die Ovarialfunktion ungenügend ist.)

20. — Aménorrhée pubérale, bains de mer, hydrothérapie, climatologie. Gaz. des hôp. Nr. 59. (Mitteilung eines Falles, in dem bei einem jungen Mädchen im Anschluss an

einen Seeaufenthalt Amenorrhoe eingetreten war. Besprechung der Indikationen für einen Aufenthalt an der See.)

21. Dalché, P., Métrorrhagies virginales. Sem. gyn. Nr. 18. (Zwei Fälle von virginellen Metrorrhagien mit normalem Genitalbefund. Ursächlich sind krankhafte Funktionen der innersekretorischen Drüsen anzuschuldigen.)

22. — Les dysménorrhées dites essentielles et leur traitement. Progrès méd. Nr. 25. (Die Ursache der essentiellen Dysmenorrhoe ist in ungenügender Entwickelung des Uterus und der Ovarien zu suchen. Mit dem Hypoovarismus verbindet sich meist ein Hypothyreoidismus. Daher verordnet er täglich 0,025 bis 0,05 g Pulver von Schilddrüsen, später nur mehr einige Tage vor den Menses. Gegen die Schmerzen Antipyrin-Laudanum per clysma und Brom.)

22a. Dibailow, Die menstruelle Vergrösserung der Leber. Wratsch. Gaz. Nr. 12. (Dibailow prüfte die Untersuchungsergebnisse Chvosteks an 100 Frauen und fand, dass weitaus bei den meisten Frauen während der Menstruation die Leber an Volumen zunimmt. Perkutorisch wurde sie 98 mal vergrössert und nur zweimal normal gross befunden. Palpatorisch wurde sie ebenfalls nur in zwei Fällen nicht vergrössert befunden. Ausserdem konnte fast in allen Fällen eine Schmerzhaftigkeit der Leber konstatiert werden. Die Nichtbeachtung der menstruellen Lebervergrösserung kann zu diagnostischen Irrtümern führen.) (H. Jentter.)

23. Doléris, J. A., Aménorrhée d'origine tératologique. Sem. gyn. 18. p. 9.

23a. Driessen, Dysmenorrhoe. Ned. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. 23. 2. (Driessen macht Mitteilung von einer ungewöhnlichen Ursache und Behandlung der Dysmenorrhoe. Diese wurde im vorliegenden Falle verursacht durch einen kleinen, rechts neben dem Uterus befindlichen Tumor, der für einen Adnextumor gehalten wurde, sich jedoch bei der Laparotomie als das rechte Horn eines Uterus bicornis erwies, der entfernt wurde. Danach Heilung der Dysmenorrhoe, die aufgefasst werden muss als eine Kontraktion des atretisch gewordenen Horns, in dem sich eine Hämatometra gebildet hatte. Driessen meint, dass die Atresie durch eine Entzündung verursacht worden sei, um so mehr, da auch die Tuba atretisch war.) (Mendes de Leon.)

23b. — Menstruierende Uterusschleimhaut. Ned. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. 23. 2. (Driessen behandelt in einem durch mikroskopische Präparate unterstützten Vortrage die Frage, was mit der Gebärmutterschleimhaut durante menstruatione geschehe. Er kommt auf Grund seiner Untersuchungen von Menstrualblut, das direkt aus der Cervix aufgefangen worden war, zu der Schlussfolgerung, dass bei jeder Menstruation eine Abstossung von Gebärmutterschleimhaut stattfinde. Vortragender zeigt mikroskopische Präparate davon. Unvollkommene Abstossung dieser nekrotischen Teile könnte, wie er meint, Veranlassung geben zu Endometritis, vor allem im Klimakterium. Bei jeder Menstruation hätten wir also gleichsam einen Abortus im kleinen vor uns. In der Diskussion macht Mendels Bedenken geltend gegen die Erklärung für das Entstehen der zystösen senilen Endometritis. Da diese auch nach Curettage so oft rezidiviert, kann sie nicht infolge Retention der nekrotischen Schleimhautlappen entstehen. Auf eine Frage von Van Tussenbroek antwortet Driessen, dass die alten Drüsenröhrchen wieder nach der Oberfläche herauswachsen, während neue aus dem Oberflächenepithel hinzukommen.) (Mendes de Leon.)

24. Dührssen, Über synthetisches Hydrastinin hydrochloricum. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 64. (Das synthetisch von Bayer hergestellte Hydrastinin hat die gleichen therapeutischen Eigenschaften wie das Extr. fluid. Hydrast. canad., ist aber wesentlich billiger.)

25. Dyrenfurth, F., Zum Nachweis des Menstrualblutes durch die Glykogenjodreaktion. Zeitschr. f. Medizinalbeamte. Nr. 12. Ref. Zentralbl. f. Gyn. u. Geb. u. Grenzgeb. Bd. 2. Heft 8. (Kleinste Teile des zu untersuchenden Stoffes werden in einem Tröpfchen einer gesättigten Lösung von Natr. bicarbon. möglichst rasch zerzupft, um die Lösung des Glykogens zu verhindern. Dann wird ein Tropfen gewöhnlicher Lugolscher Lösung zugefügt. Unter dem Mikroskop zeigt sich dann, dass die störenden Blutkörperchen völlig verschwunden sind und die braungefärbten Scheidenepithelien leicht auffindbar sind. Einzig und allein von der Oberfläche abgestreifte Zellen geben diese Glykogenreaktion ebenfalls.)

26. Essig, K., Die Ursachen der Menorrhagien. Inaug.-Diss. München.

26a. Fékele, Sándor, A Bossi-féle cervix dilatatio óntékeröl dysmenorrhoea és sterilitás exeteiben. Orvosi Hetilap. Gyn. Nr. 2. (Bericht über 20 Fälle, wo wegen Dysmenor-

rhoe und Sterilität die Erweiterung des Zervikalkanals, Abrasio mucosae und Einlegen des Bossischen Intrauterinpessars vorgenommen wurde. Bezüglich der Dysmenorrhoe war der Erfolg in 16 Fällen gut; Resultate der Sterilitätsbehandlung konnten bisher nicht beobachtet werden.) (Temesváry.)

27. Fellner, O., Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung von Gewebsextrakten aus der Plazenta und den weiblichen Sexualorganen auf das Genitale. Arch. f. Gyn. Bd. 100. (In der Plazenta, den Eihäuten, den Corpus luteum-haltigen Ovarien sind Stoffe enthalten, welche bei subkutaner und intraperitonealer Injektion neben einer Reihe anderer Wirkungen Brunsterscheinungen an der Schleimhaut des Uterus hervorrufen.)

27a. Franke, M., Untersuchungen über das Verhalten des vegetativen Systems in der Periode der weiblichen Menstruation mit Bemerkungen über die innere Sekretion und ihr Verhältnis zur Menstruation. Lwowski Tygodnik Lekarski. Nr. 46, 48, 49. (Polnisch.) (v. Neugebauer.)

28. Fries, Behandlung der Amenorrhoe. Med. Verein Greifswald. 25. Jan. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 39. p. 675. (In zwei Fällen von Amenorrhoe wurde durch intracervikale Injektion von Pituglandol eine menstruelle Blutung ausgelöst.)

29. Galloway, D. H., A unique case of vicarious menstruation. Journ. of the Amer. med. Assoc. Vol. 61. Nr. 21. (Seit vier Jahren bestehende blutende Beingeschwüre mit zur Zeit der Periode zunehmenden Blutungen. Nach Dilatation und Abrasio Heilung der Beingeschwüre und gleichzeitige Zunahme der menstruellen Blutung. Weiterbestehen von Schmerzen in den Beinen und öfters Aufbrechen der Geschwüre zur Zeit der Menses. Völlige Heilung nach der Geburt eines Kindes.)

30. Geist, S. H., Untersuchungen über die Histologie der Uterusschleimhaut. Arch. f. mikr. Anat. Bd. 81. p. 196. (Die Sekretionstätigkeit der Korpusdrüsen beschreibt eine Kurve mit prämenstruellem Höhepunkt und Absinken in der Menstruation. Flimmerzellen finden sich in allen Phasen. Im Stroma sind die Zellen prämenstruell vergrössert, vereinzelt auch deciduaähnlich.)

31. Gengenbach, F. P., Precocious menstruation. Journ. of the Amer. med. Assoc. Vol. 61. Nr. 8. (Zweijähriges Kind, kräftig gebaut, 38 Pfund schwer, Brüste stark entwickelt, Behaarung in den Achseln und an den Genitalien. Mit 10 Monaten erste menstruelle Blutung, die sich in den folgenden 14 Monaten achtmal in Zwischenräumen von 1—3 Monaten wiederholt. In den folgenden $4^1/_2$ Monaten Auftreten der Menses viermal und Zunahme auf $41^1/_2$ Pfund. Mitteilung weiterer Fälle anderer Autoren.)

32. Goldschmidt, M., Zur Therapie der Dysmenorrhoe. Fortschr. d. Med. Jahrg. 31. Nr. 20. (Empfehlung der Liquor sedans (P. D. & Co.) bei dysmenorrhoischen Beschwerden ohne objektiven Genitalbefund.)

33. Gross, G., et L. Heully, Des hémorrhagies intrapéritonéales d'origine génitale, mais non gravidique. Arch. mens. d'obst. et de gyn. Nr. 5. (Intraperitoneale Blutungen bei normalen Uterusblutungen durch Rückfluss des Blutes durch die Tuben, ferner von seiten der Tube (tubo-ovariale Varikocelen mit Ruptur der tubaren Gefässe), von seiten des Ovariums [Ruptur menorrhagischer Zysten].)

34. Grubbe, E. H., Treatment of dysmenorrhea with faradic electricity. Med. brief. Vol. 41. Nr. 7. (Empfehlung der Faradisierung des Uterus zur Behandlung der Dysmenorrhoe.)

35. Hansen, Th. B., Über prämenstruelle Temperatursteigerungen. Beitr. z. Klin. d. Tuberk. Bd. 27. Heft 3.

36. Harper, F. A., Uterine hemorrhage and its treatment. Med. Council. Vol. 18. Nr. 5. Ref. Zentralbl. f. Gyn. u. Geb. u. Grenzgeb. Bd. 2. Heft 6. (Empfehlung der Anwendung des galvanischen Stroms bei schwer zu beherrschenden Blutungen: Positive Elektrode in der Vagina oder auf den Unterleib, negative auf den Rücken oder in die Hand, Dosis 20—40 Milliampère.)

37. Haymann, H., Menstruationsstörungen bei Psychosen. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 15. Heft 5. (Die Cessatio mensium ist eine bei Psychosen sehr häufige Erscheinung. Sie kann in allen Stadien der Psychosen auftreten, ihr vorausgehen oder erst im Verlauf der Psychose eintreten, und hat keine ursächliche Bedeutung. Bis zu einem gewissen Grade kann man in der Häufigkeit der Cessatio einen Massstab für die Schwere der Erkrankung sehen. Diagnostisch ist sie nur mit grösster Vorsicht zu verwenden. Prognostisch besitzt sie den gleichen Wert wie die Zu- oder Abnahme des Gewichts.)

38. Hein, S., Resultate der Dysmenorrhoebehandlung mit Dilatatio, Abrasio und Lagekorrektur. Inaug.-Diss. Freiburg i. Br. Okt.
39. Hill, Ch. A., A further consideration of the use of corpora lutea in the treatment of arteficial menopause. Surg., Gyn. and Obst. Nr. 6. (Um Versager zu vermeiden, ist Corpus luteum möglichst lange zu geben, auch noch nach Schwinden der subjektiven Beschwerden.)
40. Hirsch, M., Zur Lehre von der Ätiologie und Therapie der Uterusblutungen. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. (Da nach Ansicht des Verf. die Uterusblutungen vornehmlich durch Uteruskontraktionen, nicht durch Beeinflussung ovarieller Hormone zum Stillstand kommen, empfiehlt er Ergotininjektionen direkt in das Myometrium von der Portio aus, von denen er sehr gute Erfolge sah.)
41. Holden, G. R., Dysmenorrhea. South. med. Journ. 1912. V. 692. Ref. The Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. (Es sind zwei grosse Gruppen zu unterscheiden, eine mit nachweisbaren pathologischen Veränderungen im Becken, die andere ohne solche und zumeist extragenitaler Ursache. Die Behandlung in der ersten Gruppe richtet sich gegen die pathologischen Veränderungen, in der zweiten ist sie eine Allgemeinbehandlung.)
42. Hollós, J., L'origine tuberculeux des troubles menstruels. Gaz. des hôp. 12 Oct. 1912. La Gyn. Jahrg. 16. Nr. 12. (Die Menstruationsstörungen sind manchmal ein Zeichen latenter Tuberkulose und deshalb diagnostisch wichtig. Eine spezifische Behandlung bringt dann Besserung bzw. Heilung. Unter 351 Tuberkulösen litten 270 an Dysmenorrhoe.)
42a. Hollos, J., A menstruaties zavarok gümökóras eredetéröl. Aus der Sitzg. der ung. Chir.-Ges. am 23.—25. Mai 1912. Ref. Orvosi Hetilap. Nr. 12. (Die Menstruationsstörungen sind in vielen Fällen Erscheinungen einer latenten Tuberkulose und lassen auf eine spezifische Behandlung nach oder schwinden auch gänzlich.) (Temesváry.)
43. Houssay, F., Conception dans l'aménorrhée. Rev. mens. de gyn. d'obst. et de péd. Tome 8. p. 26. (Bei einer 22 jährigen Frau trat 14 Monate nach der letzten Menstruation Schwangerschaft ein.)
44. Jamoulle, Traitement des hémorraghies utérines par le courant continu. Les indications. Gaz. de gyn. Tome 28. p. 49. (Empfehlung der Anwendung des konstanten Stromes zur Behandlung der Uterusblutungen. Kontraindiziert ist die Behandlung bei Adnexerkrankungen.)
45. Jaschke, R. Th., Der klimakterische Symptomenkomplex in seinen Beziehungen zur Gesamtmedizin. Prakt. Ergebn. d. Geb. u. Gyn. Jahrg. 5. Heft 2. (Erschöpfende Übersicht über das in der Überschrift genannte Thema.)
46. Joelsohn, F., Über die Ursachen der Menstruation. Physiologische, anatomische und statistische Theorien und Untersuchungen. Bern, Max Drechsel.
47. Jones, A. Th., Metrorrhagia due to atheroma of the uterine vessels. Amer. Journ. of Obst. Vol. 67. p. 321. (Bei Frauen nahe dem Klimakterium findet sich die Sklerose der Uteringefässe verbunden mit einem zunehmenden Wachstum des Bindegewebes zwischen die Muskelbündel (Fibrosis uteri). Dabei finden sich hartnäckige Blutungen um die Zeit der Menopause, bei denen die Curettage erfolglos bleibt, und die Uterusexstirpation zu empfehlen ist.)
48. Juda, Ad., Über Uterusblutungen Neugeborener. Med. Klin. Jahrg. 9. Nr. 15. (Man soll diese Blutungen nicht Menstruatio praecox nennen, da die periodische Wiederkehr fehlt. Die Ursache ist Hyperämie, verursacht durch aktive in der Plazenta gebildete Schwangerschaftssubstanzen.)
48a. Kalledey, Lajos, Adatok a méhüri verzések kóroktanához és organotherapiájához. Orvosi Hetilap. Nr. 30. (Kalledey erklärt die Dysmenorrhoe durch Gerinnung des Blutes infolge mangelhafter innerer Ovarialsekretion, die Metrorrhagien durch zu reichliche Sekretion der Eierstöcke. Er gibt daher in ersterem Falle ein Extrakt des Eierstockes, in letzterem ein Hypophysenextrakt, da dieses dem Eierstocksekrete antagonistisch wirkt. Die Verabfolgung geschah stets intravenös. Die Heilerfolge sind höchst zufriedenstellend.) (Temesváry.)
49. — Zur Lehre von der Ätiologie und Organotherapie der Uterusblutungen. 15. Vers. d. deutsch. Ges. f. Gyn. Halle a. S. Gyn. Rundschau. Heft 13. (Die Ursache der Dysmenorrhoe ist die Hypofunktion der Ovarien. Kalledey sah nach intravenöser Injektion von Ovariumextrakt prompte Heilung. Die Meno- bzw. Metrorrhagie wurde

in 41 Fällen mit Hypophysenextrakt erfolgreich behandelt. In fünf Fällen wurde die Blutung mit Corpus luteum-Extrakt zum Stehen gebracht. Dadurch wird der Verdacht, dass die Korrelationsstörungen Uterusblutungen verursachen, gestützt.)

50. Katz, G., Zur medikamentösen Behandlung der Gebärmutterblutung. Med. Klin. Nr. 17. (Empfehlung des Erystyptikum von Hoffmann-La Roche & Co. Bei Dysmenorrhoe ist die Kombination mit Pantopon zu empfehlen.)

51. Klein, G., Adrenalin und Pituitrin bei Dysmenorrhoe. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. (Ausgehend von der Annahme, dass Adrenalin und Oophorin Antagonisten sind, wurden bei Dysmenorrhoe Versuche mit Adrenalin gemacht, da eine ihrer Ursachen die vermehrte Sekretion von Oophorinen zu sein scheint. Es wurden 0,0001—0,0005 Adrenalin in Kochsalzlösung steril subkutan injiziert. Bei 35 Patienten nur zwei Misserfolge. Die Dysmenorrhoe kann auch durch ungenügende Bildung von Oophorinen verursacht sein. Dann ist sowohl Adrenalin als Pituitrin von Nutzen.)

52. Krusen, W., Surgical treatment of uterine hemorrhage from the nonpregnant uterus. Amer. Journ. of Obst. Nr. 5. (Bringt nichts Neues.)

53. Laudon, A., Über die Wirkung der epiduralen Injektion bei der Behandlung der Dysmenorrhoe und Kreuzschmerzen. Inaug.-Diss. Freiburg i. Br. (30 Fälle von Dysmenorrhoe, die mit epiduralen Injektionen von 20—60 ccm physiologischer Kochsalzlösung behandelt wurden. Heilung nur in einem Falle, 11 Fälle blieben unbeeinflusst, bei den übrigen nur kurzdauernde Erfolge.)

54. Lenz, Vorzeitige Menstruation, Geschlechtsreife und Entwickelung. Arch. f. Gyn. Bd. 99. Heft 1. (Die vorzeitige Menstruation ist ein Teilsymptom der vorzeitigen Geschlechtsreife, die sie gewöhnlich abschliesst, während die vorzeitige Geschlechtsreife ein Teilsymptom der vorzeitigen Allgemeinentwickelung (Evolutio praecox) ist, die sie gewöhnlich einleitet. Die Pubertas praecox ist eine angeborene Wachstumsanomalie, welche durch eine exzessive vitale Energie der Frucht hervorgerufen wird und sich in der ersten Zeit nach der Geburt sowohl durch vorzeitige Geschlechtsreife, als durch nachfolgende vorzeitige Entwickelung des Gesamtwachstums äussert. Diese beiden voneinander abhängigen Zustände sind meist von Störungen der das normale Wachstum regulierenden Organe begleitet.)

55. Levy, S., Auftreten der Menstruation im Klimakterium. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 52. (78jährige Dame. Menopause vom 57.—72. Jahr. Dann wieder Genitalblutungen in vierwöchentlichen Zwischenräumen von sechstägiger Dauer bis zum 75. Jahr. Seitdem wieder amenorrhoisch. Normaler Genitalbefund.)

56. Lindemann, W., Untersuchungen zur Lipoidchemie des Blutes bei Schwangerschaft, Amenorrhoe und Eklampsie. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 74. (Bei Amenorrhoe hat in der überwiegenden Mehrzahl eine Vermehrung der Fettkörper im Blut statt. Dabei schwanken die Cholesterinesterzahlen erheblich.)

57. — Quantitative Gesamtfett-, Cholesterin- und Cholesterinesterbestimmungen bei Eklampsie und Amenorrhoe. 15. Versamml. d. deutsch. Ges. f. Gyn. Halle a. S. (Bei fünf Fällen von Amenorrhoe waren im Durchschnitt die Fettwerte gegenüber der Norm erhöht, die Esterzahlen schwankten erheblich von niedrigen zu ganz hohen Werten.)

58. Loose, G., Die Röntgentherapie juveniler Menorrhagien. Verhandl. d. deutsch. Röntgen-Ges. Bd. 9. (Bei starken juvenilen Menorrhagien Bestrahlung mit 2—3 X pro Ovarium während der Blutung und 3—4 malige Wiederholung dieser Behandlung mit sehr guten Erfolgen. Verf. glaubt, dass es sich um eine Wirkung lediglich auf das Ovarialstroma handelt ohne Schädigung der Follikel.)

59. Macht, D. J., The action of so-called emmenagogue oils on the isolated uterus. Journ. of Amer. med. Assoc. Vol. 61. Nr. 2. (Untersuchung über Oleum hedeomae, Ol. rutae, Ol. thymi, Ol. terebinthinae, Ol. sabinae, Ol. tanaceti und Apiol. Die Mittel machen alle keine Verstärkung der Uteruskontraktionen, sondern im Gegenteil Lähmung. Sie haben keinen therapeutischen Wert. Mitteilung eines Falles von tödlicher Vergiftung mit Ol. hedeomae.)

60. Macnaughton-Jones, H., The relation of puberty and the menopause to neurasthenia. The Lancet. Jahrg. 184. p. 879.

61. Margoniner, J., Die Behandlung der Dysmenorrhoe und essentieller Blutungen der weiblichen Genitalorgane. Med. Klin. 5. Jahrg. p. 179. (Empfehlung des Liquor sedans, das wegen seiner Billigkeit, Ungefährlichkeit und angenehmen Geschmacks den Hydrastispräparaten vorzuziehen ist.)

62. *Meyer, R., und C. Ruge II, Über Corpus luteum-Bildung und Menstruation in ihrer zeitlichen Zusammengehörigkeit. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 2.

62a. Mischin, Zur Behandlung der Amenorrhoe. Wratsch. Gaz. Nr. 46. Sitzungsber. des Vereins russ. Ärzte zu Odessa. (In drei Fällen kam der faradische Strom zur Anwendung, in neun Fällen ausserdem noch Pituglandol. In den ersten drei Fällen prompter Erfolg. Pituglandol gibt Erfolg an in Fällen mit bedeutender Fettablagerung. Dabei wird der Allgemeinzustand gehoben, das Körpergewicht fällt.) (H. Jentter.)

63. Mosbacher, E., und E. Mayer, Klinische und experimentelle Beiträge zur Frage der sog. Ausfallserscheinungen. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. (Durch in grosser Anzahl an Frauen, bei denen die Exstirpation von Uterus und beiden Ovarien vorgenommen war, angestellte Blutdruckmessungen und pharmakologische Prüfungen liess sich kein Anhaltspunkt dafür gewinnen, dass der Ausfall des Ovarium einen integrierenden Einfluss auf den Blutdruck oder auf die normale Reaktion der Adrenalinglykosurie und der Kokainmydriasis hat. Regelmässig auftretende Ausfallserscheinungen gibt es nicht. Ein Zusammenhang zwischen Ovarialausfall und sog. Ausfallserscheinungen besteht nicht.)

64. Mundy, W. N., Menorrhagia. Eelect. med. Journ. Nr. 1. (Enthält nichts Neues.)

64a. Mykertschianz, Ovarium-Poehl bei Amenorrhoe. Journ. f. med. Chem. u. Organotherapie. Nr. 38. April. (Russ.) (In fünf Fällen von Amenorrhoe traten nach Ovarinbehandlung die Regeln wieder auf. In zwei anderen Fällen schwanden alle lästigen Intoxikationserscheinungen, obwohl die Menstrualblutungen nicht einsetzten. Verf. bringt zum Schluss noch zwei Krankengeschichten: guter Erfolg wurde bei Ovarinbehandlung nach Panhysterektomie und bei Vomitus gravidarum erzielt.) (H. Jentter.)

65. Novak, J., Zur Atropinbehandlung der Dysmenorrhoe. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 50. (Verordnung von Atropin bei Dysmenorrhoe drei Pillen à 0,0005 pro die oder 1—2 Suppositorien à 0,001. Gute Erfolge bei intermittierenden krampfartigen Schmerzen, nicht bei anhaltenden Schmerzen. In schweren Fällen Kombination von Uzara mit Atropin zu empfehlen.)

66. Offergeld, H., Über synthetisches Hydrastinin und seine Anwendung. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 50. p. 62. (Das Hydrastinin. hydrochlor. Bayer ist dem Extr. fluid. Hydr. canad. vorzuziehen.)

67. Oppenheim, H., Die Behandlung klimakterischer Störungen mit Adamon. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 23. (Empfehlung von Adamon bei klimakterischen Beschwerden in Dosen von 1,5—3 bzw. sogar 5 g pro die, in Tabletten $^1/_4$—$^1/_2$ Stunden nach dem Essen.)

68. Outerbridge, G. W., Hemorrhage from the nonpregnant uterus. Obst. Soc. of Philadelphia. Sitzg. vom 6. Febr. Amer. Journ. of Obst. Nr. 5. (Besprechung der Ursachen der Blutungen auf Grund der neueren Arbeiten.)

69. Penkert, M., Rezidivierende menstruelle Vulvadiphtherie. Med. Klin. p. 100. (Fall von echter Diphtherie der Vulva bei einer 43jährigen Frau, die seit drei Jahren jedesmal kurz vor oder während der Menstruation wieder mit Belägen im Hals und an der Vulva aufflackerte.)

70. Pettus, C. S., An inquiry into the pathology of dysmenorrhea. Journ. of the Arkansas med. Soc. Vol. 10. Nr. 3.

71. Philipps, S. L., Unilateral amblyopia and diplopia following suppressio mensium. Med. Record. Vol. 84. Nr. 13. (41jährige gesunde Patientin erkrankt am ersten Tag der Menses mit Schmerzen im linken Auge und Nachlassen der Sehkraft. Die Menses setzen aus. Drei Wochen später findet Verf. stärkere Venenfüllung des linken Augenhintergrundes und leichte Infiltration des Nerv. opt. und der Retina. Verordnung von Blutegel an die Schläfe, heissen Fussbädern, Sitzbädern und Jod. Nach vier regelmässige Periode. Langsame Wiederkehr der Sehkraft nach vorübergehender Diplopie.)

72. Pick, J., Meine Erfahrungen mit Styptol. Gyn. Rundschau. Heft 22. (Styptol wird vielfach in zu niedriger Dosis verwandt. Verf. verordnet durchschnittlich 3—4 mal täglich drei Tabletten, zerkaut in Wasser, und sah danach gute Erfolge.)

73. Pierra, L., Sur quelques particularités de la menstruation chez les neuroarthritiques. Ref. mens. de gyn., d'obst. et de péd. Tome 8. p. 85. Ref. Zentralbl. f. Gyn. u. Geb. u. Grenzgeb. Bd. 1. Heft 15. (Gefässstörungen wie bei Arteriosklerose und Stauungen im Venensystem sind Ursache der Menorrhagien, der durch die gichtische Veranlagung

bedingte nervöse Reiz ist die Ursache der stets vorhandenen Dysmenorrhoe. Amenorrhoe ist selten. Verzögerung der Menopause kann ein Symptom für Gicht oder chronischen Rheumatismus sein.)

74. Plicque, A. F., Les métrorrhagies virginales leurs causes et leur traitement. Bull. méd. 27. p. 40.
75. — Le traitement des aménorrhées. Bull. méd. Tome 27. p. 109.
76. Polland, R., Weitere Beiträge zur Dermatosis dysmenorrhoica symmetrica (Matzenauer-Polland). Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. 118. Heft 1. Ref. Zentralbl. f. Gyn. u. Geb. u. Grenzgeb. Bd. 3. Heft 8. (Besprechung des Krankheitsbildes, das nur bei Frauen mit Menstruationsstörungen auftritt. Ätiologisch ist eine Störung in der inneren Sekretion der Ovarien anzunehmen. Therapeutisch scheint Ovaradentriferrin günstig zu wirken.)
77. Rieck, A., Zur Therapie übermässig starker menstrueller Blutungen. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 653. Sitzungsber. d. ärztl. Ver. Hamburg. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 330. (Empfehlung der von Rieck angegebenen Operation der Defundatio, bei der vaginal der grösste Teil des Corpus uteri reseziert wird, so dass nur 2—$2^1/_2$ cm Korpusschleimhaut erhalten bleiben. Die Operation hat den Vorteil, dass die Eierstocksfunktion erhalten bleibt und die Menses in ganz mässigen Grenzen fortbestehen.)
78. Rinehart, J. S., Menstruation and its disorders. Nation. elect. med. Assoc. Quart. Nr. 4. (Einteilung der Dysmenorrhoe in eine neuralgische entzündliche und mechanische Form. Bei der letzten ist therapeutisch ein Erfolg nur durch Dilatation und Diszision zu erzielen.)
79. Röder, Die Behandlung der Dysmenorrhoe. 85. Versamml. deutsch. Naturf. u. Ärzte in Wien. Ref. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 45. (Durch die Rödersche Saugbehandlung der Mandeln (!) wird auch die Dysmenorrhoe beseitigt.)
80. De Rouville et Arrival, Un cas de cysthématome menstruel postopératoire. Sem. gyn. Jahrg. 18. Nr. 30.
81a. *Ruge II, C., Über Ovulation, Corpus luteum und Menstruation. Arch. f. Gyn. Bd. 100. Heft 1.
82. Sanes, K. J., Is membranous dysmenorrhea caused by endometritis. Journ. of the Amer. med. Assoc. Vol. 61. Nr. 16. (Die Dysmenorrhoea membranacea hat mit Entzündungsprozessen nichts zu tun. Sie ist durch eine zu intensive Wirkung der Ovarialhormone zu erklären.)
83. Sehrt, E., Zur thyreogenen Ätiologie der hämorrhagischen Metropathien. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 18. (Aus der Analogie des Blutbefundes bei unkomplizierten reinen Fällen von Metropathie mit dem bei Dysfunktion der Schilddrüse schliesst Sehrt, dass die Annahme nahe liege, dass die Störungen der Beziehungen zwischen Schilddrüse und Ovarien der Grund für die anatomisch bisher unerklärten Blutungen sein können, dass es sich also bei manchen Fällen von Metropathia haemorrhagica um abortive Formen des Myxödems handelt.)
84. Schickele, G., Die Bedeutung der Keimdrüsen für das Auftreten der Brunstveränderungen. Zeitschr. f. d. ges. exp. Med. Bd. 1. Heft 6. (Experimente an Hündinnen ergaben, dass nicht nur Ovarium-, sondern auch Hodenextrakt beim kastrierten weiblichen Tier Brunstveränderungen hervorruft, in geringerem Grade auch Extrakte des Hypophysisvorderlappen.)
85. — Die nervösen Ausfallserscheinungen der normalen und frühzeitigen Menopause in ihren Beziehungen zur inneren Sekretion. Handbuch d. Neurol. Bd. 4. Berlin, Springer.
86. Schlimpert, Untersuchungen auf Cholesterin im Blut von geburtshilflichen und gynäkologischen Fällen. Freiburger med. Ges. 18. Febr. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 583. (Während der Menstruation findet sich eine Verminderung des normalen Cholesteringehaltes im Blut.)
87. Schmauch, G., Die Schilddrüse der Frau und ihr Einfluss auf Menstruation und Schwangerschaft. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. (Die Schilddrüse ist fast ebenso wichtig in der Umformung der Gewebssäfte, um die Menstruation zu ermöglichen, ihren Typus normal zu erhalten, die monatliche Blutung zu einem zweckdienlichen Vorgang mit mässigem Blutverlust zu gestalten, wie das Ovarium. Mitteilung von Fällen, die den Einfluss der Schilddrüse auf die Menstruation illustrieren sollen.)
88. Schmotkin, St., Klinische Untersuchungen über die Menstruation bei gesunden Individuen. Inaug.-Diss. Strassburg.

89. *Schröder, R., Über die zeitlichen Beziehungen der Ovulation und Menstruation. 15. Versamml. d. deutsch. Ges. f. Gyn. Halle a. S.
90. *— Neue Ansichten über die Menstruation und ihr zeitliches Verhalten zur Ovulation. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Heft 1.
91. *— Der normale menstruelle Zyklus der Uterusschleimhaut. Berlin, A. Hirschwald.
92. Spitzig, B. L., The cause and treatment of menstrual membranes. Cleveland med. Journ. Vol. 12. Nr. 11. (Ist Endometritis als Ursache der Dysmenorrhoea membranacea auszuschliessen, so kann die Ursache in einer erhöhten Viskosität des Blutes liegen. Deshalb ist die Ernährung mit Fetten und Kohlehydraten 8—14 Tage vor den Menses anzuraten, ferner Sorge für regelmässigen Stuhl und Darreichung von Zitronensäure.)
93. Stein, L., Einfluss des Diuretins auf die Menses. Wiener med. Wochenschr. Nr. 31. (Diuretin hat durch die dilatatorische Wirkung auf die peripheren Nerven einen die Menses befördernden Effekt. Darauf ist bei Verordnung des Diuretins Rücksicht zu nehmen.)
94. Thiemich, Die Amenorrhoe der Stillenden und ihr Einfluss auf die Neukonzeption. Med. Klin. Nr. 50. (Mehr als die Hälfte der stillenden Frauen bleibt während der normalen Dauer der Laktation (6—9 Monate) amenorrhoisch und nur bei wenigen erfolgt während der Amenorrhoe eine Neukonzeption.)
95. Toulouse, E., et L. Marchand, Influence de la menstruation sur l'épilepsie. Rev. de psychiatr. Tome 17. Heft 5. Ref. Zentralbl. f. Gyn. u. Geb. u. Grenzgeb. Bd. 2. Heft 8. (Der Einfluss der Menstruation auf die Epilepsie ist sehr verschieden; einerseits kann der Eintritt der Periode die Epilepsie zum Aufhören bringen, andererseits sie verschlimmern. Das gleiche gilt von dem Eintritt der Menopause. Zuweilen scheint der Beginn der Epilepsie an die Menarche gebunden zu sein. Zwischen der Häufigkeit der Anfälle und Dauer der Periode besteht kein Zusammenhang. Der Einfluss der Dysmenorrhoe und Amenorrhoe auf den Verlauf der Epilepsie ist ganz verschieden.)
96. Viville, Gaston, Die Beziehungen der Menstruation zum Allgemeinorganismus bei gynäkologischen Erkrankungen. Inaug.-Diss. Strassburg. März.
97. Walther, H., Synthetisches Hydrastinin-Bayer, ein Ersatz für Extr. Hydrastis canadensis fluidum. Münchn. med. Wochenschr. Jahrg. 60. p. 694. (Empfehlung des Präparates, das sich durch Wohlgeschmack und billigen Preis auszeichnet, bei Menorrhagien und Dysmenorrhöen.)
98. Watkins, Th. J., Infantile type of uterus with dysmenorrhoea. Report of cases treated during the last eight years. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 17. Nr. 4. (Zur Prophylaxe wird Fernbleiben von der Schule in der Pubertätszeit und reichliche Bewegung im Freien empfohlen. Bei reinen Fällen Cervixdilatation und Intrauterinpessar. Bei starken Blutungen Nebennierentabletten.)
99. Weil, P. E., Les hémorrhagies supplémentaires des règles et les règles déviées. Bull. méd. Tome 27. p. 37. Bull. et mém. de la soc. méd. d. hôp. de Paris. 29. p. 13. Gaz. des hôp. 86. p. 75. Rev. prat. d'obst. et de gyn. Tome 21. p. 33. (Mitteilung von sechs Fällen mit völlig gesundem Genitalbefund. Die häufigsten Nebenblutungen sind Nasen- und Hautblutungen, die aus anderen Schleimhäuten sind ziemlich selten.)
100. — Ménorrhagies et troubles de coagulation sanguine. Bull. et mém. de la soc. méd. d. hôp. de Paris. Tome 29. p. 532. (Fall von Cholämie mit Verlängerung und erheblicher Verstärkung der Menses, deren Ursache in der ausserordentlich verlängerten Blutgerinnungszeit [30 Minuten] liegt.)
101. — Le traitement des hémorrhagies génitales de la femme par les sérums sanguins. Gyn. Nr. 5. (Behandlung von Menorrhagien und Metrorrhagien mit intramuskulärer oder subkutaner Injektion von 20—30 ccm Pferdeserum. Steht die Blutung, so ist mit Thyreoidextrakt weiter zu behandeln, um ihre Wiederkehr zu verhüten.)
102. Whitehouse, B., The pathology and treatment of uterine haemorrhage. Practitioner. Vol. 90. Nr. 6.
103. Wiener, S., Prolonged amenorrhea with bilateral ovarian dermoid cysts. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 68. Nr. 4. (25 jährige Patientin mit seit fünf Jahren bestehender Amenorrhoe. Doppelseitige Dermoidzysten.)
104. Wiese, F. W., Über menstruelle Temperatursteigerungen bei Lungentuberkulose. Beitr. z. Klin. d. Tuberk. Bd. 26. Heft 4. (Temperaturerhöhungen bei den Menses kommen am häufigsten bei Tuberkulose vor. Verf. fand in 40% aller Fälle prämenstruelle Steigerungen. Intramenstruelle Steigerungen meist am ersten und dann noch am zweiten Tag fand er in 13%. Postmenstruelle Steigerungen sind selten (2,4%), meist subfebril und prognostisch besonders ungünstig. In 11,5% liess sich ein intra-

menstrueller Temperaturabfall feststellen. Im allgemeinen fanden sich 68% veränderte und 32% normale Temperaturen.)

105. Wijn, C. L., Über Organtherapie bei Menstruationsstörungen und Fibromyomata uteri. Ned. Tijdschr. v. Geneesk, Nr. 12. 1. Hälfte. (Verf. empfiehlt, bevor man wegen profuser Blutungen infolge Uterusmyom chirurgische oder Strahlentherapie anwendet, erst eine Kur vorzunehmen, bei der Mamma siccata-Merck zur Anwendung gelangt; er gibt davon zweimal zwei Tabletten vor den Hauptmahlzeiten und meint, sehr günstige Resultate wahrgenommen zu haben.) (Mendes de Lyon.)

106. Williams, Ph. F., The use of the metranoikter in the treatment of dysmenorrhea and sterility. New York. med. Journ. Nr. 23. (Empfehlung einer Modifikation des Schatzschen Metranoikters zur Dilatation der Cervix und Bericht über seine Anwendung bei Dysmenorrhoe und Sterilität.)

107. Witas, P., Rapports de l'ovulation et de la menstruation. Constatations faites au cour de deux laparotomies. Prov. méd. Jahrg. 26. p. 61. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. u. Grenzgeb. Bd. 1. Heft 5. Rev. prat. d'obst. et de gyn. Nr. 5. (Auf Grund zweier Beobachtungen, einmal fand sich bei der Operation am Tage nach der Menstruation ein Corpus luteum in Rückbildung, das andere Mal 6—7 Tage vor der Menstruation ein frisches Corpus luteum, schliesst Witas, dass Ovulation und Menstruation nicht zusammenfallen, sondern dass die Ovulation einige Tage vor der Menstruation eintritt, die Menstruation nur den Abort eines Eies darstellt.)

109. Zoeppritz, Zur Behandlung der Amenorrhoe. 15. Versamml. d. deutsch. Ges. f. Gyn. Halle a. S. (Bei 25 Fällen von Amenorrhoe fand Zoeppritz in einem Fünftel eine Herabsetzung des Lipoidgehaltes im Blut, in den übrigen vier Fünftel eine Erhöhung gegenüber der Norm. Bei Erhöhung des Lipoidgehaltes war durch Ovarialpräparate fast stets Besserung oder Heilung zu erzielen, bei Herabsetzung dagegen nicht, auch nicht durch Pituitrin.)

Ein besonderes Interesse beanspruchen die Arbeiten über die zeitlichen Beziehungen zwischen Ovulation und Menstruation.

Aus der genauen und eingehenden mikroskopischen Untersuchung an 100 Fällen hat Schröder (89—91) durch Vergleich des histologischen Bildes von Endometrium und Corpus luteum festgestellt, dass man ebenso wie aus dem Zustand der Uterusschleimhaut auch aus dem Bilde des Corpus luteum die anamnestisch eruierte Phase des Zyklus mit fast gleicher Genauigkeit feststellen kann, und weiter, dass die frühesten Corpus luteum-Stadien dann gefunden werden, wenn in der Schleimhaut die ersten Sekretionsbilder erscheinen, d. h. zur Zeit der Intervallmitte oder mit anderen Worten um den 14—16. Zyklustag und ferner, dass das reife Corpus luteum bis zum Prämenstruumende zu finden ist und von hier ab weiter nur Rückbildungsstadien nachgewiesen werden können.

Der reife Follikel platzt in der Zeit vom 14.—16. Tage bei regelmässig vierwöchentlicher Periode vom Beginn der Blutung ab gerechnet und das nun sich rasch bildende Corpus luteum fällt normalerweise mit der Prämenstruumschwellung der Schleimhaut zeitlich zusammen und ist wohl auch sicher die auslösende Ursache für diese Umwandlung. Damit ergibt sich klar, dass nur das Ei aus der Ovulation nach der zuletzt dagewesenen normalen Menstruation das befruchtete Ei sein kann; da das vorhergehende mit dem Schleimhautzerfall der letzten Menstruation zugrunde ging.

Mit der gleichen Frage beschäftigen sich die gleichzeitigen Arbeiten von R. Meyer und Ruge II (62). R. Meyer kommt zu dem Ergebnis, dass zu einer noch genauer festzustellenden Zeit, wie es scheint im zeitlichen jedenfalls nicht in unbedingt ursächlichem Zusammenhang mit Menstruation es zur Ovulation kommt, welche Corpus luteum-Bildung zur Folge hat; diese letztere ist Ursache der Menstruation. Ohne Corpus luteum keine Menstruation. Das hyperämische Stadium der Corpus luteum-Bildung fällt in das Intervall des menstruellen Zyklus, die Vaskularisation in die prämenstruelle Phase der Mukosa, die Blütezeit in die vorgeschrittene prämenstruelle Phase, die höchste Blüte kurz vor die Menstruation und die Rückbildung in die Zeit der Menstruation und nachher.

Ruge (81a) schliesst aus seinen gemeinsam mit R. Meyer unternommenen eingehenden Untersuchungen an 106 zum grössten Teil durch Totalexstirpation gewonnenen Fällen (darunter 82 mit regelmässigem Menstruationstypus), dass die Ovulation und die Corpus luteum-Bildung mit den zyklischen Veränderungen der Uterusschleimhaut in deutlichem zeitlichem Zusammenhang steht. Berstung des Follikels und Anfänge der Corpus luteum-Entwickelung fallen in die ersten 14 Tage von Beginn der Menstruation an gerechnet, sie gehen mit menstruellen oder Intervallveränderungen der Mucosa uteri einher. Das Stadium der Vaskularisation und das der Blüte des Corpus luteum sind mit prämenstrueller Uterusschleimhaut verbunden und finden sich in der zweiten Hälfte des Intermenstruums. Die Blüte des Corpus luteum erhält sich bis zum Beginn der Menstruation. Die Rückbildung des Corpus luteum beginnt meist mit dem Auftreten der Menstruation und ist mit menstrueller oder Intervallmukosa des Uterus verbunden. Blüte des Corpus luteum und frisch geborstener Follikel werden nie zugleich beobachtet: sie scheinen einander auszuschliessen.

VI.

Vagina und Vulva.

Referent: Prof. Dr. Ludwig Knapp.

Vagina.

1. Affektionen des Hymen, Bildungsfehler der Scheide, angeborene und erworbene Gynatresien.

1. Albrecht, Der asthenische Infantilismus des weiblichen Geschlechts und seine Bedeutung für die allgemeine und spezialistische ärztliche Praxis. Münchn. ärztl. Verein. 29. Okt. Ref. Münchn. med. Wochenschr. 1914. Nr. 2.
2. — Über plastischen Ersatz der Vagina bei angeborenem Defekt derselben. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 122. Heft 5 u. 6. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 27. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 29. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 31. Zentralbl. f. Chir. Nr. 45.
3. Bäumler, Chr., Über Kombination der Entwickelungshemmung des uropoetischen Systems und solcher des weiblichen Genitale. Diss. Heidelberg. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 1.
4. Balfour-Marshall, Artificial vagina. A review of the varions operative procedures for correcting atresia vaginae. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 23. Nr. 4.
5. — — Cases of mal development: congenital absence of vagina; partial development of right Müllers duct. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Nr. 4.
6. Bassani, Assenza completa della vagina. La gin. Oct. 1912. u 1913. Nr. 20. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 44.
7. Beckmann, Kaiserschnitt wegen Scheidenstenose mit vorausgegangener Blasenfisteloperation. Zeitschr. f. gyn. Urol. Bd. 4. Heft 3. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 24.
8. Bergin, E., Ein Fall von Atresia hymenalis. Diss. München. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 1.
9. Blum, Hypospadie der Harnröhre. Verhandl. d. Ges. d. Ärzte zu Wien. 27. Nov. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 28.

10. Bogdanovics, Gynatresia congenita neben Uterus bicornis duplex. Gyn. Ges. zu Budapest. 22. April. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 32.
11. Bonney, V., Formation of an artificial vagina by transplantation of a portion of the ileum (Baldwins operation) etc. The Lancet. Oct. 11. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1914. Nr. 6.
12. Brouha, Création d'un vagin artificiel par transplantation d'une anse d'intestin grêle. Soc. méd.-chir. de Liège. Rev. mens. de gyn. d'obst. Avril. Ref. La Presse méd. Nr. 33. Journ. of Obst. and Gyn. July. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 31.
13. Cholin, Bildung der Scheide aus dem Dünndarm wegen totaler Atresie. Wratsch. Gaz. Nr. 49. Sitzungsber. der geb.-gyn. Ges. zu Moskau. (Die seit drei Tagen verheiratete Frau klagt über Unmöglichkeit des Beischlafes. Molimina fehlen. Hymen heil, keine Scheide, weder Uterus noch Ovarien. Operation nach Quénu. Der neugebildete Kanal ist 15 cm lang, gut dehnbar.) (H. Jentter.)
14. Ferry, Imperforation du vagin avec Pyosalpinx. Bourgogne méd. Nr. 3.
15. Fischer, A., Über Doppelbildungen der weiblichen Genitalien in geburtshilflicher und gynäkologisch-klinischer Bedeutung. Diss. Königsberg.
16. Fordyce, W., Vollständiger Mangel der Vagina. Edinburgh. Obst. Soc. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 19.
17. Garzen, Bildung einer neuen Scheide aus dem Dünndarm. Wratsch. Gaz. Nr. 49. Sitzungsber. der geb.-gyn. Ges. zu Moskau. (19jähriges Mädchen mit Molimina menstrualia. Keine Vagina. Laparotomie: weder Uterus noch linke Adnexe. Rechts sitzt das Ovar auf dem Psoas. Am Beckeneingang liegt die dystopische rechte Niere. Die Operation nach Baldwin-Mori wurde erschwert durch Kürze des Mesenteriums und Anwesenheit der Niere. Verlauf glatt. Scheide für 1—2 Finger durchgängig.) (H. Jentter.)
18. Gemmell-Paterson, Doppelte Anlage von Blase, Uterus, Vagina und Vulva usw. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 23. Nr. 1. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 22.
19. Gibson, Hämatokolpos etc. Zwei Fälle. Royal Soc. of Med. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 24.
20. Grusdew, Zur Pathologie und Therapie der Atresia ani vaginalis. XII. Pirogowscher Kongr. russ. Ärzte. Petersburg. 29. Mai bis 5. Juni. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 43.
21. Günther, R., Plastischer Ersatz der Scheide. Diss. Jena.
22. Halban, Atresie der Vagina. Geb.-gyn. Ges. Wien. 20. Mai. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1914. Nr. 7.
23. Hart, Note on case of duplication of bladder, uterus, vagina and vulva. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 23. Nr. 3.
24. Henkel, Zwei Fälle künstlicher Scheidenbildung aus dem Dünndarm. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 47.
25. — Verdoppelung der Scheide. Naturw. med. Ges. zu Jena. 30. Jan. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 11.
26. Heynemann, Über Scheidenatresien. Verein der Ärzte in Halle a. S. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 4.
27. Holste, C., Vagina septa bei einfachem Uterus. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 26. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 28.
28. Jurčič, F., Atresia vaginae, Haematocolpos partialis etc. Lijecn. vijern. Nr. 6. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 44.
29. Kakuschkin, Über kongenitale Kürze der vorderen Scheidenwand. Wratsch. Gaz. Nr. 51. Sitzungsber. der phys.-med. Ges. zu Ssaratow. (H. Jentter.)
30. Klumitz, M. v., Der asthenische Infantilismus des Weibes usw. Diss. München. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 51.
31. Kermauner, Zur Ätiologie der Gynatresien. Hegars Beitr. Bd. 18. Heft 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 25.
32. Kroemer, Die plastische Neubildung der Scheide bei partiellem und totalem Defekt. Prakt. Ergebn. d. Geb. u. Gyn. 5. Jahrg. Heft 1. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 19.
33. Marshall, Artificial vagina. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 4. p. 193.
34. Maverick, A., Von der Natur gemachte Fehler. Med. Rec. Nr. 21. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 47.
35. Meyer, A., Die Bedeutung des Infantilismus in Geburtshilfe und Gynäkologie. 15. Versamml. d. deutsch. Ges. f. Gyn. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 24.

36. Meyer-Schwalbe, Studien zur Pathologie der Entwickelung. Jena, G. Fischer.
37. Mohr, Siehe unter 7).
38. Oertel, Ein Fall von Pseudoatresie der Scheide und des Uterus bei persistierender Kloake und Uterus duplex cum vagina duplice septa. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 75.
39. Oui, Cloisonnement transversal du vagin etc. Réun. obst. et gyn. de Lille. 25 Juin.
40. Protopopescu, N., Künstliche Vagina aus Dünndarm. Revista Stiincelor med. März. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 41. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 44.
41. Rosenstein, Hämatokolpos; Vagina duplex. Gyn. Ges. zu Breslau. 26. Nov. 1912. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 14. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 1.
42. Scheicher, A., Missbildungen mit Verwischung des Geschlechtscharakters. Diss. München.
42a. Schon, Jens, Ein Fall von Hämatokolpos. Ges. f. Gyn. u. Obst. 9. April. Ref. Ugeskrift för Laeger, Kopenhagen, p. 2020. (O. Horn.)
43. Schroeder, R., Ein Fall von Atresia hymenalis mit grossem, glykosehaltigem Epitheliokolpos in der Menarche. Frauenarzt. Heft 1. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 22.
44. Staniszewski, C., Defekt der Scheide usw. Ref. Gyn. R. Heft 1.
45. Stettiner, Atresia ani cum fistula vestibularis. Berl. med. Ges. 28. Mai. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 22.
46. Stewart, Création d'un vagin artificiel par transplantation intestinale. Annals of Surg. Vol. 57. Nr. 242. Ref. La Presse méd. Nr. 63.
47. Strassmann, Scheidenseptum. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. 25. April. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 47.
48. Thies, Ersatz der fehlenden Scheide durch Implantatio recti. Med. Ges. in Leipzig. 2. Dez. Ref. Münchn. med. Wochenschr. 1914. Nr. 5.
49. Thomä, Zur Ätiologie der Gynatresien. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Erg.-Heft. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 32.
50. Weber, A., Ein Beitrag zur Lehre von den Gynatresien. Diss. Leipzig. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. Heft 1.
51. Weizmann, M., Fötale Peritonitis und Gynatresien. Diss. Berlin.
52. Zalewski, Doppelmissbildungen der weiblichen Genitalsphäre und ihre Folgen für die Geburt. Arch. f. Gyn. Bd. 102. Heft 1.

2. Lageveränderungen der Scheide. Plastische Operationen.

1. Abadie, J., Traitement des prolapsus génitaux. Arch. prov. de chir. Nr. 5. Ref. Zentralbl. f. Chir. Nr. 45.
2. Beuttner, Rectocéle etc. Soc. méd. de Genève. 15 Mai. Ref. La Presse méd. Nr. 55.
3. — Prolapsus total du vagin. Soc. méd. de Genève. 15 Mai. Ref. La Presse méd. Nr. 55.
4. Brücker, A., Über die operative Behandlung des Genitalprolapsus und ihre Dauerresultate. Bericht über 162 Fälle. Diss. Marburg. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 1.
5. Bauer, Douglashernie. Geb.-gyn. Ges. Wien. 12. Nov. 1912. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 23. Gyn. Rundschau. Heft 8.
6. Cleveland, Eine ungewöhnliche Bildung nach einer Cystocelenoperation. (Granulom) Bull. of the Womans Hosp. Vol. 1. Nr. 1. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 10.
7. Diskussion über Prolapsbehandlung. Geb.-gyn. Ges. Wien. 11. Febr. Ref. Gyn. Rundschau. 8. Jahrg. Heft 1.
8. Fain, M., Über Ätiologie und Therapie des Prolapsus uteri. Diss. München.
9. Fletcher, F., Prolapsbehandlung älterer Frauen. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 16. Nr. 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 30.
10. Fothergill, W. E., Operation bei Prolaps und Cervixhypertrophie. Brit. med. Journ. April. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 30.
11. Fromme, Urethraldivertikel (Urethrocele). Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. 13. Juni. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 48. (Diskussion hierzu.)
12. Gray-Ward, Operation der Rektocele usw. The Amer. Gyn. Soc. Med. Record. Vol. 84. Nr. 5. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 42.
13. Green, The rôle of ptosis in gynecology. Boston. Med. and Surg. Journ. p. 12. Ref. Zentralbl. f. ges. Gyn. usw. Heft 1.
14. Halban, Prolaps bei einer Virgo. Geb.-gyn. Ges. Wien. 12. Nov. 1912. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 23. Gyn. Rundschau. Heft 8.

15. Haymann, Pessare aus Glas. Verein d. Ärzte Wiesbadens. 15. Okt.
16. Henik, W. R., Ein neues Pessar. Interstate Med. Journ. August. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 45.
17. Hirst, Barton Cooke, Eine Prolapsoperation. Trans. of the south. surg. and Gyn. Assoc. Vol. 24. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 30.
18. Höfer, Dauerresultate von Prolapsoperationen mit Dammplastik nach Küstner. Diss. München 1912. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 45.
19. Hofmann, E. v., Zur Diagnose und Therapie der angeborenen Blasendivertikel. Zeitschr. f. urol. Chir. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 46.
20. Jaschke, R., Klinisch-anatomische Beiträge zur Ätiologie des Genitalprolapses. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 74. Heft 3. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 49.
21. Jeannin, Occlusion cicatricielle du vagin. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. 18. Nov.
22. Just, F., Die Erfolge der operativen Behandlung grosser Prolapse usw. Diss. München 1912. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 45.
23. Kaarsberg-Forssner, Genitalprolaps mit besonderer Rücksicht auf das Resultat der Behandlung. 10. Kongr. des Nord. chir. Vereins in Kopenhagen. 31. Juli bis 2. August. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 40.
24. Klein, J., Die Operation von Totalprolapsen nach W. H. Freund, ihre Modifikationen, ihr Schicksal. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 74. Heft 1. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 41. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 43.
25. Königsberger, M., Neuere Anschauungen über Ätiologie und Therapie der Prolapse usw. Diss. Strassburg. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 21.
26. Lenormant, Ch., L'association du prolapsus rectal et du prolapsus utero-vaginal. La Gyn. Nr. 6. Ref. Revue de Gyn. Nr. 4.
27. Lihotzky, Prolaps bei virginalem Genitale. Geb.-gyn. Ges. in Wien. 14. Jan. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 32.
27a. Loser, Siehe unter 3.
28. Martin, E., Prolaps und Unfall. Ärztl. Sachverst.-Zeitg. Nr. 6. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 39. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 47.
29. Martin, F. H., Operation bei Uterusprolaps. New York. med. Journ. Vol. 97. Nr. 26. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 37.
30. Meyer, P., Prolapsoperationen und ihre Resultate. Diss. München 1912. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 15.
31. Montgomery, Siehe unter Vulva 1).
31a. — Vagino-uterine Prolapse and its effective treatment. The Journ. of the Amer. med. Assoc. Nr. 14. New York. med. Journ. Vol. 97. Heft 26. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 37.
32. Moraller, Scheiden- und Gebärmuttervorfall. Berl. Ges. f. Geb. u. Gyn. 14. Juni.
33. Muret, Inkontinenz und Vaginalprolaps. Rev. de gyn. Nr. 4, 5. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 36.
34. Pistolese, Il prolasso genitale. Arch. ital. di gin. XVI. Nr. 3.
35. Robert, O. E., Uterusprolaps. St. Paul. med. Journ. July. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 45.
36. Scharlieb, Die beste Methode zur Behandlung von Lageveränderungen des Uterus, ganz besonders der Retroflexion und des Prolapses. Sekt. f. Geb. u. Gyn. 23. Juli. 81. Jahresversamml. d. Brit. Med. Assoc. in Brighton. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 35. (Diskussion hierzu.)
37. Schirschow, D. J., Operative Behandlung der Gebärmutter- und Scheidenvorfälle. Russ. Journ. f. Geb. u. Gyn. 1912. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 21. Gyn. Rundschau. Heft 24.
38. Schultz, Beckenboden und Prolaps. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Heft 6.
39. Sellmann, Hysterektomie zur Heilung des Uterusprolapses. Amer. Journ. of Obst. April. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 36.
40. Steffeck, P., Beitrag zur Operation der Incontinentia urinae und der grösseren Genitalprolapse. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 75. Heft 1.
41. Thorn, Riesenprolaps. Med. Ges. zu Magdeburg. 13. Febr. Ref. Münchn. med. med. Wochenschr. Nr. 21.
42. Van de Velde, Über das Schalenpessar. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 10.
43. Wagner, Zur Operation grosser Prolapse. Geb.-gyn. Ges. in Wien. 12. März.
44. Wargass, W. G., Operative Behandlung der Totalprolapse. Russ. Journ. f. Geb. u. Gyn. 1912. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 21. Gyn. Rundschau. Heft 24.

45. Weibel, Die operative Behandlung der Rezidive nach Interpositio uteri vesico-vaginalis. 85. Naturf.-Versamml. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 42. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 42 und Nr. 50.
46. Wertheim, Zur Technik der Interpositio uteri vesico-vaginalis. 85. Naturf.-Vers. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 42. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 42.
47. Winkler, J., Ein pneumatischer Vaginalring. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 34.

3. Neubildungen der Scheide, Zysten.

1. Altschul, Der derzeitige Stand der Strahlentherapie*). Ver. deutsch. Ärzte in Prag. 29. Nov. Ref. Münchn. med. Wochenschr. 1914. Nr. 1.
2. Aschheim, Karzinom der hinteren Scheidenwand. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. 8. Nov. 1912. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 18. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 73. Heft 1.
3. Batalin, Über Scheidenzysten. Ssibirskaja Wratsch. Gaz. Nr. 21. (Die taubeneigrosse exstirpierte Scheidenzyste hält Batalin für eine Retentionszyste.) (H. Jentter.)
4. Boni, A., Beitrag zur Kasuistik der Vaginalzysten. Arch. ital. di gin. 1912. Nr. 7. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 23.
5. Bröse, Scheidenkarzinom. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. 8. Nov. 1912. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 18. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 73. Heft 1.
6. Bumm, Siehe unter Vulva 1).
6a. — -Voigts, Zur Technik der Karzinombestrahlung. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 31. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 40.
7. — Weitere Erfahrungen über Karzinombestrahlungen. Berl. med. Ges. 3. Dez. und 17. Dez. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 49 u. 52.
8. — Lazarus, Dasselbe. Münchn. med. Wochenschr. 1914. Nr. 2.
9. Chabachpaschew, K., Behandlung der gynäkologischen Tumoren mit strahlenden Substanzen (Radium und Mesothorium). Diss. Freiburg i. Br.
10. Chéron-Rubens Duval, Radiumtherapie des cancers de l'utérus et du vagin. Soc. d'obst. de Paris. 19 Mai. Bull. de la soc. d'obst. Mai. Nr. 5. Ref. La Presse méd. Nr. 45. Zentralbl. f. Gyn. 1914. Nr. 1.
10a. — — Valeur de la radiumthérapie etc. La gyn. Nr. 10.
11. Courmelles, De, Die Röntgen- und Radiumtherapie in der Gynäkologie. 17. Intern. med. Kongr. zu London. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 40.
12. Dartigues, M., Polypectomie vaginale. Soc. des chir. de Paris. 7 Févr. Ref. La Presse méd. Nr. 18.
13. Denks, Röntgenbehandlung. Ärztl. Verein in Hamburg. 3. Juni. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 25.
14. Dicke, Myom der Vagina. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 15.
14a. Diefenbach, Radium in the treatment of cancer. Med. Record. Dec.
15. Döderlein, Röntgenstrahlen und Mesothorium in der gynäkologischen Therapie. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. Heft 4. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 26 und Bayr. Ges. f. Geb. u. Frauenheilk. 7. Dez. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 51.
16. Faure, J. L., Behandlung des Gebärmutterkrebses mit Radiumstrahlen. Bull. de la soc. d'obst. Nr. 7. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1914. Nr. 1.
17. Feuchtwanger, J., Primärer Scheidenkrebs. Ärztl. Verein in Frankfurt a. M. 7. April. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 19.
18. Frankl, O., Zur Technik der Röntgen-Gyniatrie (vaginale Bestrahlung). Gyn. Rundschau. Heft 7. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 28.
19. Freund, Die Bestrahlungs- und chirurgische Behandlung maligner Neubildungen. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 43. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1914. Nr. 1.
20. Haendly, Die therapeutische Verwendung der Röntgenstrahlen in der Gynäkologie. Ges. f. Geb. u. Gyn. Berlin. 13. Dez. 1912. Therap. Monatsh. Nr. 11. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 30. Münchn. med. Wochenschr. 1914. Nr. 3.
21. Hamm, A., Die Röntgentherapie in der Gynäkologie. Therap. Monatsh. p. 649. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1914. Nr. 1.
22. Hauser, Siehe unter Vulva.

*) Bezüglich der Radium-, Mesothorium- u. a. Strahlenbehandlung kann hier auf Vollständigkeit kein Anspruch erhoben werden.

23. Hellier, Perithelioma vaginae et vesicae. North of Engl. Obst. and Gyn. Soc. April 18. Ref. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Nr. 6.
24. Hermann, Die gynäkologische Röntgentherapie. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. Heft 3.
25. Henkel, Primärer Scheidenkrebs. Med.-naturwiss. Ges. Jena. 12. Dez. 1912. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 3.
26. Hirsch, Gegenwärtiger Stand und Aussichten der Röntgen-Radium-Mesothorium-therapie bei malignen Geschwülsten in der Gynäkologie. Ärztl. Verein München. 15. Okt. Ref. Münchn. med. Wochenschr. 1914. Nr. 2.
27. Holzbach, Über Strahlenbehandlung in der Gynäkologie. Med.-naturwiss. Verein Tübingen. 15. Dez. Ref. Münchn. med. Wochenschr. 1914. Nr. 8.
28. Jakobs, F., Über einige adenomyomatöse Tumoren an den weiblichen Genitalien. Hegars Beitr. Bd. 19. Heft 1. Ref. Zentralbl. f. Gyn.
29. Karzinom und Radium. 85. Naturf.-Versamml. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 44.
30. Kiesselbach, F., Über Papillome der Vagina. Diss. Erlangen.
31. Kirstein, F., Die Röntgentherapie in der Gynäkologie. Ergänzungsbd. 29 zu Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Hamburg.
32. Klein, Strahlenbehandlung bei Karzinom. Bayr. Ges. f. Geb. u. Frauenheilk. 7. Dez. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 51.
33. Kolde, Über Röntgentherapie in der Gynäkologie. Med. Ges. zu Magdeburg. 9. Okt. Ref. Münchn. med. Wochenschr. 1914. Nr. 1.
34. Kroemer, P., Mesothoriumwirkung auf genitale Neubildungen. 15. Versamml. d. deutsch. Ges. f. Gyn. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 26. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 24.
35. — Mesothoriumwirkung auf Neubildungen der weiblichen Genitalien. 17. Intern. med. Kongr. in London. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 37.
36. Kroenig, Nichtoperative Krebsbehandlung. Badisches Landeskomitee f. Krebsforschung. 30. Juni. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 32.
37. — Röntgen- und Radiumtherapie in der Gynäkologie. 17. Intern. med. Kongr. zu London. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 37.
38. — -Gauss, Die operationslose Behandlung des Krebses. 15. Versamml. d. deutsch. Ges. f. Gyn. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 25.
39. Kubinyi, Pál, A végbéllel összekapahkodott primär hüvelyrák. Aus der Sitzg. der ung. Chir.-Ges. am 23.—25. Mai 1912. Ref. Orvosi Hetilap. Nr. 12. (Bericht über einen Fall von primärem Scheidenkrebs, verlötet mit dem Rektum. Exstirpation des Genitaltraktes samt Rektum. Genesung.) (Temesváry.)
40. Küster, Beitrag zur Kenntnis der sog. Scheidenzysten. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 74. Heft 2. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 49.
41. Lazarus, Stand und neue Ziele der Radium-Mesothoriumtherapie. Berl. med. Ges. 10. u. 17. Dez. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 50 u. Nr. 52.
42. Lerda, G., Leiomyoma septi urethro-vaginalis. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 74. Heft 2. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 49.
43. Levin, Radium and Roentgentherapy in cancer. Med. Record. Dec.
44. Lichtenauer, Die radioaktiven Substanzen und ihre Anwendung in der Behandlung maligner Geschwülste. Wissensch. Verein d. Ärzte zu Stettin. 7. Okt.
45. Löhnberg, E., Ein Fall von primärem Scheidenkarzinom und Leukoplakie. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 73. Heft 3. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 36. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 40.
46. Lorey, Die Röntgentherapie in der Gynäkologie. Gyn. Rundschau. Heft 6. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 28. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 25.
47. Loser, W., Carcinoma vaginae mit Prolaps. Diss. Basel. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 1.
48. Mátyás, Mátyás, Elsödleges vagina-carcinoma Wertheim-mütéttel operált esete. Aus der Sitzung des Siebenbürger Museumsvereins am 8. März . Ref. Orvosi Hetilap. Nr. 16. (Bericht über einen Fall von primärem Krebs des hinteren Scheidengewölbes, geheilt durch die Wertheimsche Operation.) (Temesváry.)
49. Meidner, Der gegenwärtige Stand der Mesothoriumtherapie gynäkologischer Karzinome. Therapie d. Gegenw. Sept. u. Okt. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1914. Nr. 1.
50. Miller, Report on specimen of perithelioma from vagina. North of Engl. Obst. and Gyn. Soc. Ref. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Nr. 6.

51. Nahmacher, Radium und Mesothorium in der Heilkunde. Ges. f. Natur- u. Heilk. zu Dresden. 1. Nov.
52. Pauncz, A., Ein Fall von Scheidenkrebs usw. Orvosi Hetilap. 1912. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 31.
53. Polbosson-Violet, Das Chorioepithelioma malignum. Annal. de gyn. et d'obst. Mai. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 46.
54. Pozsonyi, Jenö, Elsödleges hüvelyrák operált esete. Aus der Sitzg. der gyn. Sekt. des kgl. Ärztevereins am 4. März. Ref. Orvosi Hetilap. Gyn. Nr. 2. (Primäres Karzinom der hinteren Scheidenwand; Radikaloperation: Exstirpation der Genitalien samt Rektum auf dorso-perinealem Wege.) (Temesváry.)
55. — Über einen dorsoperineal operierten Fall von primärem Scheidenkrebs. Gyn. Rundschau. Heft 18. Gyn. Ges. in Budapest. 4. März. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 28 und Nr. 48. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 48.
57. Roman, Siehe unter 4).
58. Schlund, E., Über das primäre Karzinom der Vagina. Sammelreferat über 273 Fälle. Diss. Freiburg. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 23.
59. Schmidt, Zur Technik und Pathologie der gynäkologischen Röntgenbehandlung. Gyn. Rundschau. Heft 8. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 28.
60. Sparmann, Bericht über den weiteren Krankheitsverlauf der mit Radium behandelten Fälle maligner Tumoren. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 50.
61. Stöckel, Strahlentherapie in der Gynäkologie. Med. Klin. Nr. 50.
62. Stone, Paravaginal adenofibroma of the pelvic fascia or of Müllers duct resembling a greatly enlarged vulvovaginal gland. Transact. of the Washingt. Obst. and Gyn. Soc. Nov. 10. 1912.
63. Stratz, C. H., Drei Fälle von Vaginaltumoren. (Mit zwei Figuren.) Gyn. Rundschau. Heft 1 u. 12. Ref. Zentralbl. f. ges. Gyn. usw. Heft 1. Münchn. med. Wochenschrift Nr. 32. (1. 30jährige IIpara mit walnussgrossem harten Tumor im hinteren Scheidengewölbe. Enukleation des gutartigen Fibroms. 2. Vaginalzyste bei 23jähriger Nullipara. Exzision des mit einschichtigem Zylinderepithel besetzten Balges von ca. 4 cm Durchmesser. 3. Dystopia urethrae (Inkontinenz). Tumor arteficialis e paraffino. 26jähriges Mädchen wegen absoluter Incontinentia urinae bereits dreimal operiert. Paraffindepôt entfernt. Danach kontinent.)
64. Stratz, Drei Fälle von Vaginaltumor. Ned. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. May 22. (a) Ein Fibroma vaginae, das entfernt wurde bei einer 30jährigen IIpara. b) Eine Ateromzyste der Vagina bei Uterus duplex bei einer 23jährigen Virgo. c) Ein Tumor der Urethra bei einer 26jährigen Virgo. Bei der Entfernung desselben zeigte es sich, dass er aus Paraffin bestand, das eingespritzt worden war, um eine vorhandene Incontinentia zu bestreiten, jedoch ohne die beabsichtigte Wirkung auszuüben und nur mit dem Erfolge, dass die Urethra disloziert wurde. Entleerung des Paraffins; darauf wurde die Urethra auf den normalen Platz reimplantiert. Danach Continentio.) (Mendes de Leon.)
65. Theilhaber, A., Der Einfluss des Klimakteriums auf die Entstehung der Karzinome der Genitalien. 15. Versamml. d. deutsch. Ges. f. Gyn. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 6.
66. Tourneux-Ginesty, Deux cas d'épithélioma primitif du vagin. Toulouse méd. Nr. 8.
67. Veit, Carcinoma vaginae (Radiumbehandlung). Verein d. Ärzte Halle a. S. 18. Juni.
68. — Grundsätze unserer Radiumbehandlung. Freie Vereinigung mitteldeutsch. Gyn. 26. Okt. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1914. p. 1.
69. Vireuque, Des tumeurs malignes primitives du vagin. Arch. mens. d'obst. et de gyn. II. Nr. 2. Ref. Journ. of Obst. and Gyn. July.
70. Voigts, Mesothorium als Röntgenstrahlenersatz in der Gynäkologie. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 22.
71. Wade, Description of a new method of repair for vaginal hernia, with a report of 140 cases in which et was used. Med. Record. Nov.
72. Wätjen, Über die Wirkung der Röntgen- und Mesothoriumstrahlen bei inoperablen bösartigen Tumoren und ihren Metastasen. Freiburg. med. Ges. 18. Nov.
73. Weinbrenner, Mesothorium in der Behandlung weiblicher Genitalerkrankungen. Med. Ges. zu Magdeburg. 9. Okt. Ref. Münchn. med. Wochenschr. 1914. Nr. 1. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 1.

74. Wendel, Mesothorium. Med. Ges. zu Magdeburg. 9. Okt. Ref. Münchn. med. Wochenschr. 1914. Nr. 1.
75. Wertheim, E., Über günstige Beeinflussung eines weichen Scheidenkrebses durch Radiumstrahlung. K. Ges. der Ärzte zu Wien. 20. Juni. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 24. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 25 u. 27. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 35.
76. Westermaier, H., Radiumtherapie in der Gynäkologie. Diss. Freiburg i. Br. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 43. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 1.
77. Wilbrand, E., Über die Zysten im Bereiche der Vagina. Diss. Kiel. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 1.
78. Zacharias, Eine seltene Zyste der hinteren Vaginalwand. Diss. Jena. Ref. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 1.

4. Ernährungsstörungen, Entzündungen der Scheide, Mastdarm-Scheidenfisteln.

1. Abraham, O., Zur Xerasebehandlung des weiblichen Fluors. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 23. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 24. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 52.
2. Ahlfeld, Quellen und Wege der puerperalen Infektion. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. Heft 1.
3. — Der Mechanismus der Scheidenausspülungen ante partum. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 51.
4. Aichel, O., Über die Herkunft der Keime bei Colpitis emphysematosa. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 19.
5. — Colpitis emphysematosa. Vereinigung mitteldeutsch. Gyn. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 13.
6. Beckmann, W., Kaiserschnitt wegen Scheidenstenose. Zeitschr. f. gyn. Urol. Bd. 4. Nr. 3.
7. Behm, Über gynäkologische Spülapparate. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. 14. Febr. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 36.
8. Bertino, Contributo alla etiologia ed della cura delle fistole uro-genitale ostetriche. La gin. Nr. 13.
9. De Beurmann et Gougerot, Les Sporotrichoses. (Monographie von 850 Seiten.) Ref. La Presse méd. Nr. 2.
10. Blum, Tyrenpuderbehandlung in der Gynäkologie. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 30. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 32.
11. Bondy, Scheidenkeime und endogene Infektion. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 73. Heft 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 31.
12. Bruck, C., Die Behandlung der Gonorrhoe und ihrer Komplikationen. Therap. Monatsh. Nr. 1. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. usw. Heft 1. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 25.
13. — Neue therapeutische und prophylaktische Versuche bei Gonorrhoe. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 43. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1914. Nr. 5.
14. Cruveilhier, L., Zur Vakzinetherapie der Gonorrhoe des Weibes. Soc. de Biol. 22 Nov. Ref. Münchn. med. Wochenschr. 1914. Nr. 2.
15. Dembskája, W., Über Antigonokokkenserum usw. Russ. Wratsch. Nr. 18. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 43.
16. Dreuw, Über Druckscheidenspülungen in der gynäkologischen Praxis vor vaginalen Operationen und bei der Prostituiertenuntersuchung. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 25. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 52.
17. Favarger, M., Über Graviditäts- und Altersveränderungen der Vaginalschleimhaut. Diss. München.
18. Finkelstein-Gerschun, Zur Serologie der gonorrhoischen Eiterungen. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 39. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1914. Nr. 2.
19. Fischer, Sublimatvergiftung nach Scheidenausspülung. Ärztl. Verein in Frankfurt a. M. 17. Febr. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 11.
20. Frey, E. K., Zur Frage der Entstehung und Behandlung der Fistula ani. Dissert. München.
21. Fridon, B., Häufigkeit gonorrhoischer Peritonitis bei der Vulvovaginitis der kleinen Mädchen. Gyn. Mars. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 40.
22. Gibbon, Gonorrhoeal vaginitis treated by vaccine. Roayl. Acad. of med. in Ireland. March 7. Ref. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Nr. 6.

23. Gluck, Biologische Studien an Gonokokken unter besonderer Berücksichtigung des Uranoblens. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 43. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1914. Nr. 5.
24. Goldstrom, M., Über die prognostische Bedeutung des Nachweises von Streptokokken im Vaginalsekret Kreissender. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 73. Heft 3 und Inaug.-Diss. Giessen. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 36. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 40.
25. Gologowsky, Fistula recto-perinealis. Wratsch. Gaz. Nr. 2. Sitzungsber. der geb.-gyn. Ges. zu Kiew. (Am siebenten Tage nach der Geburt (vorzeitige Plazentarlösung, Extraktion, Dammriss, Naht) Abgang von Flatus. Die Perinealfistel war wahrscheinlich aus einem Hämatom des Perineum entstanden, welches sich ins Rektum und gegen den Damm hin eröffnete. Die Fistel schloss sich bei konservativer Behandlung.) (H. Jentter.)
26. Gottschalk, Über die Ursachen und die Behandlung des Ausflusses aus den weiblichen Genitalien. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 6.
27. Graefenberg, Chemie des Scheidensekretes. 15. Versamml. d. deutsch. Ges. f. Gyn. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 27. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 26.
28. Hauser, H., Die differentialdiagnostische und therapeutische Bedeutung der Gonokokkenvakzine in der Gynäkologie. Diss. Rostock und Arch. f. Gyn. Bd. 100. Heft 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 42.
30. Hecker, H. v., Beitrag zur Bewertung der bakteriologischen Scheidensekretuntersuchung usw. Hegars Beitr. Bd. 19. Heft 1. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 47.
31. Hengge, Scheidenpulverbläser „Antileukon". Münchn. med. Wochenschr. Nr. 48.
32. Heymann-Moos, Erfahrungen über Vakzinebehandlung der weiblichen Gonorrhoe. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. Heft 4. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 31. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 25.
33. Hofmann, The jodone treatment of gonorrhoea in the female. Interstat. med. Journ. Nr. 8. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1914. Nr. 2.
34. Jack, W. R., Vakzinetherapie der gonorrhoischen Vulvovaginitis. Glasgow. med. Journ. Aug. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1914. Nr. 2.
35. Kalabin, J. S., Über die Anwendung des Phobrols in der geburtshilflichen und gynäkologischen Praxis. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 44.
36. Katz, Zur Behandlung des Ausflusses der Frau. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 17. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 18. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 31.
37. Kaufmann, Eine neue Methode zur Erkennung der Masturbation bei Mädchen. New York. med. Journ. Nr. 16. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 52.
38. Kenessey, Albert, Vulvovaginitis gonorrhoica infantum hoz társuló belsö ivarszervi gonorrhoeás szövödmények 2 esetének kórbon czolástani kétzitménye. Aus der Sitzg. des Siebenbürger Museumvereins am 10. Mai. Ref. Orvosi Hetilap. Nr. 41. (Demonstration der inneren Genitalorgane zweier kleiner Mädchen von 10 und 14 Monaten, bei welchen die gonorrhoische Vulvovaginitis aszendiert war und schwere Entzündungsprozesse im Uterus und seiner Umgebung hervorgerufen hatte.) (Temesvary.)
39. Keydel, Über Nieren- und Blasentuberkulose einschliesslich der Urogenitaltuberkulose. Ges. f. Natur- u. Heilk. zu Dresden. 5. April. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 26.
40. Klause, K., Über Vakzinebehandlung bei Gonorrhoen. Diss. Giessen. Sonderabdruck aus der Berl. klin. Wochenschr. Nr. 39. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1914. Nr. 2.
41. Klausner, E., Über einen haltbaren Gramfarbstoff für Gonokokken- usw. -Färbung. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 7. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 40.
42. Klieneberger, Diphtheria vaginae (Erwachsene, mit gleichzeitiger kruppöser Pneumonie). K. k. Ges. der Ärzte zu Wien. 7. März . Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 18.
43. Kühn, Das biologische Moment bei der Behandlung der Vagina. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 7.
44. Liepmann, Die Trockenbehandlung des Fluor albus mittelst des Antifluors. Gyn. Rundschau. Heft 15. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 48.
44a. — Der Antifluor, ein neues Instrument zur Trockenbehandlung. der Scheidenkatarrhe Münchn. med. Wochenschr. Nr. 25. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 41.
45. Menzer, Zur intravenösen Anwendung der Gonokokkenvakzine. Med. Klin. Nr. 33. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1914. Nr. 2.
46. Nahmmacher, Radium und Mesothorium in der Heilkunde. Ges. f. Natur- u. Heilk. zu Dresden. 1. Dez. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 52.
47. Ortenberg, H. v., Die Verwendung gestielter Hautlappen zum Verschluss grosser Mastdarm-Scheidendefekte. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 47.

48. Oyarzabal, de, Sekundäre Diphtherie der Genitalschleimhaut. Span. Rev. de Med. y Cir. 7. Jan. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 22.
49. Peukert, M., Rezidivierende menstruelle Vulvadiphtherie. Med. Klin. p. 100. Ref. Zentralbl. f. ges. Gyn. usw. Heft 1.
50. Polland, R., Die Behandlung gonorrhoischer Prozesse mit Tannargentanstäbchen. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 14. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 15. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 40.
51. Rockwood, H. L., Komplementbindungsprobe bei Gonorrhoe. Cleveland. med. Journ. Jan. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 25.
52. Roman, Demonstration makro- und mikroskopischer Präparate von Colpohyperplasia cystica. Wissensch. Ges. deutsch. Ärzte in Böhmen. 4. Juli. Ref. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 31. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 31.
53. Romanow, B., Die Komplementbindungsreaktion bei gonorrhoischen Erkrankungen. Charkow. med. Journ. Bd. 15. Heft 4. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 43.
54. Runge, Die Verwendung der Gonokokkenvakzine bei gonorrhoischen Frauenkrankheiten. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 43. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 44.
55. Rupprecht, Über Nieren- und Blasentuberkulose einschliesslich der Urogenitaltuberkulose. Ges. f. Natur- u. Heilk. zu Dredsen. 5. April. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 26.
56. Scharfe, Der Scheidentrockner. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 9. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 10. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 31.
57. Scherber, G., Weitere Mitteilungen zur Klinik und Ätiologie der pseudotuberkulösen Geschwüre am weiblichen Genitale. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 26. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 37.
58. Schmincke, Colpohyperplasia cystica. Gyn. Ges. München. 20. Nov. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 51.
59. Schneider, W., Über primäre weibliche Genitaltuberkulose. Diss. Freiburg i. Br.
60. Schweitzer, Bakteriologische Befunde in der Scheide Schwangerer. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Leipzig. 16. Juni. 15. Versamml. d. deutsch. Ges. f. Gyn. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 25 u. 39.
61. — Zur Prophylaxe des Wochenbettfiebers; zugleich ein Beitrag zur Bakteriologie der Scheide Schwangerer. S. Hirzel, Leipzig. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 24. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 51.
62. Simone, de, Su di un caso di difterite vaginale. La clin. ostetr. Nr. 22.
63. Slingenberg, Vulvovaginitis bei Kindern. Nederl. Monatschr. v. Verlosk. etc. 1912. Nr. 3. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 21.
64. — Die Behandlung der Urethritis, Vulvovaginitis und Endometritis gonorrhoica. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 39. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 41.
65. Smith, R. M., Vulvovaginitis kleiner Mädchen. New York. med. Journ. Vol. 97. Nr. 26. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 37.
66. Sommer, A., Praktische Resultate mit der Caviblentherapie. Deutsche med. Wochenschrift Nr. 43. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 44. Zentralbl. f. Gyn. 1914. Nr. 5.
67. Stolper, Die Tuberkulose der weiblichen Geschlechtsorgane. Sammelreferat. Gyn. Rundschau. Heft 4 u. 19.
68. Stolz, Die vaginale Untersuchung der Kinder. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 41. (Fall von Eiterdurchbruch eines Beckenabszesses in die Scheide.)
69. Sugimura, Über die Aszension der Tuberkulose im weiblichen Genitaltraktus. Zentralbl. f. Bakt. p. 420. Ref. Zentralbl. f. ges. Gyn. usw. Heft 1.
70. Taliercio, Primäre Tuberkulose des weiblichen Genitaltraktus. Arch. d. ost. e gin. Vol. 3. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 36.
71. Tridon, P., Frequence des péritonites gonococciques chez les petites filles atteintes de vulvo-vaginite. La Gyn. Mars. Ref. Revue de Gyn. Nr. 4.
72. Vaginale Behandlung mit Xerase. Riedels Arch. Nr. 2.
73. Vakzinetherapie bei Gonorrhoe. Eine Reihe von Aufsätzen. Russ. Journ. akusch. 1912. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 24.
74. Velibril, A., Vulvovaginitis im Kindesalter. Casop. cesk. lékar. Nr. 7. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 31.
75. Volk-Kraus, Vakzinetherapie. 4. Kongr. d. deutsch. Ges. f. Urologie. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 13.

76. Waeber, P., Zur Frage der Serumbehandlung der weiblichen Gonorrhoe. Koresp.-Bl. f. Schweizer Ärzte. Nr. 25. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 29. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 40.
77. Werner, P., Bakteriologische Untersuchungen bei fieberhaftem Abort. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 74. Heft 2.
78. Winokurow-Wainstein, Die Vakzinetherapie der gonorrhoischen Vulvovaginitis der Kinder. Therap. Obosrenj. Nr. 6. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 29.
79. Ziemann, Über Gonokokkenvakzin als eventuell diagnostisches Hilfsmittel. Berl. klin. Wochenschr. 1912. Nr. 44. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 25.
80. Zweifel, Die Verhütung des durch Spontaninfektion verursachten Wochenbettfiebers. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 29 und 85. Naturforscherversammlung. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 41.

5. Fremdkörper in der Scheide. Verletzungen der Scheide. Blutungen.

1. Aas, Johan, Ogsaa et corpus alienum i Vagina. (Auch ein Corpus alienum in der Vagina.) Tidsskrift for den norske laegeforening. p. 449. (Ein gewöhnliches zylindrisches oder besser schwach kegelförmiges Trinkglas in der Scheide: 9 cm hoch, 5,1—7,6 cm Diameter. 22 jährige Nullipara, bei der die Menses ausgeblieben waren, hatte zusammen mit ihrem Liebhaber das Glas als Spekulum benützen wollen, um vielleicht die Frucht sehen zu können. Schwierige „Entbindung".) (Kr. Brandt.)
2. Audebert, Berny, Laurentie, Un grave traumatisme obstétrical: double perforation du vagin etc. Soc. d'obst. de Toulouse. Mai.
3. Binz, F., Zur Kasuistik der Pfählungsverletzungen. Diss. München. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 23.
4. Björkenheim, E. A., Zur Kasuistik der Kolpaporrhexis sub partu. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 8.
5. Buecheler, Siehe unter 6).
6. Furniss, H. D., Ein Gazetupfer aus der Vagina entfernt, acht Monate nach einer Dührssenschen Prolapsoperation. Journ. Amer. med. Assoc. Nr. 24. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 34.
7. Grann, E., Tiefgreifender Cervix-Scheidenriss intra partum. 85. Naturf.-Vers. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 42.
8. Hirschberg, A., Über einen seltenen Sitz von Ligaturen der weiblichen Harnblase. Zeitschr. f. Urol. Bd. 4. Heft 3. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 24.
9. Hoffmann, A., Beckenbruch mit Scheidenzerreissung. Greifswalder med. Verein. 8. Febr. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 26. (Neunjähriges Mädchen nach Sturz auf den Rücken.)
10. Jaworski, J., Aus der Kasuistik der gleichzeitigen Verletzungen von Vagina und Mastdarm. Gaz. Lekarska. Nr. 36. (Polnisch.) (Eigene Beobachtung von Pfählungsverletzung eines 13 jährigen Mädchens bei Sturz von einem Baume auf einen Ast, welcher in den After eindrang und die Mastdarmscheidenwand durchbohrte. Operativer Verschluss der Scheidenmastdarmfistel, deren Sitz 5 cm oberhalb der Analmündung lag. Bemerkungen über analoge Fälle.) (v. Neugebauer.)
11. Kaufmann, Siehe unter 4).
12. Köhler, R., Zerreissung der Vagina sub coitu mit letalem Ausgang. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 34. und Demonstr. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Wien. 20. Mai. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 36. Zentralbl. f. Gyn. 1914. Nr. 7.
14. Okuszko, Pfählungsverletzung. (Russisch.) Ref. Gyn. Rundschau. Nr. 21.
15. Pellegrino, Beitrag zur Kasuistik der vaginalen Hämatome puerperalen Ursprunges. Rassegna d'Obst. e Gin. Nr. 6. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 52.
16. Polano, Fremdkörper aus der Vagina. Bayr. gyn. Ges. 9. März. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 20.
17. Rachfahl, Pfählungsverletzungen und weibliche Genitalien. Diss. Breslau. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft I.
18. Reddingius, W., Über die Zerreissungen des Scheidengewölbes während der Geburt. Diss. Göttingen.
19. Rübsamen-Weitzel, Durchbruch eines Zwanck-Schillingschen Pessars in die Blase. Gyn. Ges. zu Dresden. 17. April. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 31.

20. Sheahau, C., Traumatische, interne vaginale Blutung. Brit. med. Journ. March 1. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 23.
21. Stange, B., Über einen Fall von vaginaler totaler Pfählung. Diss. Leipzig.
22. Tomaselli, G., Über zwei Fälle von zufälliger Pfählungsverletzung. Morgagni. 1912. I. Teil. Nr. 11. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 41.
23. Vogel, F., Traumatische Scheidenruptur mit Dünndarmvorfall. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 24. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 30.
24. Weber, Ein Fall von Pfählungsverletzung usw. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 32. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 41.

6. Dammrisse. Dammplastik.

1. Ammenhäuser, W., Über die operative Behandlung der kompletten Dammrisse und ihre Resultate. Diss. Würzburg. Ref. Zentralbl. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 1.
2. Babesch, A., und C. Cioc, Neue Betrachtungen zur Ätiologie der Perinealrupturen. Spitalul. Nr. 8. 1912. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 1. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 18. (Kohabitationsverletzung bei Erhaltensein des Hymen und narbiger Verengerung der Scheide. Dammriss dritten Grades.)
3. Baughman, G., Protection and Repair of the Perineum. Med. Soc. of Virginia. Oct. Ref. Journ. Amer. med. Assoc. Febr. 1.
4. Berger, H., Über Prognose und Häufigkeit der Dammrisse. Diss. Freiburg 1912. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 23.
5. Blume, F., Bemerkungen über Verletzungen des Beckenbodens bei der Geburt. Amer. Journ. of Obst. etc. Dec. 1912. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 18.
6. Buecheler, Geburten auf ungewöhnlichem Wege. Mittelrhein. Ges. f. Geb. u. Gyn. 28. Juni. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Heft 4.
7. Child, Perineorrhaphy with the figure-of-eight-suture. The Journ. of the Amer. med. Assoc. 13. p. 894. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 31.
8. Goodman, S. J., Observations on the preservation and repair of the female perineum. Amer. Assoc. of Obst. and Gyn. Sept. The Amer. Journ. of Obst. Vol. 67. Whole Nr. 424.
9. Goodmann, S. J., Beobachtungen über Schutz und Wiederherstellung des Dammes. Amer. Journ. of Obst. May. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 36.
10. Greer-Banghman, Schutz und Wiederherstellung des Dammes. Journ. of Amer. med. Assoc. Febr. 1. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 18.
11. Hirst, The newer operations for restoration of the pelvic floor etc. The Amer. Journ. of Obst. June. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 39.
12. Höfer, Siehe unter 2).
13. Jaworski, J., Zur Kasuistik der gleichzeitigen Verletzung von Scheide und Mastdarm. Gazeta lekarska. Nr. 36. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 52.
14. Kadyschewitsch, Ch. W., Über Dammrisse usw. Diss. Breslau. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 48. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 1.
15. Meyer, A., Ruptur des Septum recto-vaginale bei spontaner Geburt. Diss. München 1912. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 48.
16. Metzlar, C., Ein seltener Fall von Ruptura perinei. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 46.
17. Montgomery, Siehe unter Vulva 1).
18. Palm, K., Kasuistischer Beitrag zur chirurgischen Behandlung der Incontinentia alvi nebst Beschreibung einer plastischen Nahtvereinigung des Musculus sphincter ani. Diss. Leipzig.
19. Plocher, R., Zur Frage des kompletten Dammrisses. Diss. Freiburg.
20. Rachfahl, Siehe unter Vulva 5).
21. Reich, Perineorrhaphy Retractor. Med. Record. Vol. 84.
22. Rosiner, Ch., Über Dammrisse usw. Diss. Breslau. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 48. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 1.
23. Schultz, Siehe unter 2).
24. Stange, Siehe unter 5).
25. Tomaselli, Siehe unter 5).
26. Waksmann, M. E., Über primäre Naht bei Dammrissen usw. Diss. Breslau. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 48. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 1.
27. Weber, Siehe unter 5).

7. Hermaphroditismus.

1. Almann, Pseudohermaphroditismus masc. extern. Geb. Ges. zu Hamburg. 8. Febr. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 20.
2. Benda, C., Pseudohermaphroditismus feminus externus (Pseudarrhenie). Berl. med. Ges. 5. Nov. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 45. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 48.
3. Dostal, F., Pseudohermaphroditismus extern. femininus. Časopis. lékar. česk. Nr. 36. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 44.
4. Graf, Ein Fall von Pseudohermaphroditismus. Naturw.-med. Ges. Jena. 27. Nov. Ref. Münchn. med. Wochenschr. 1914. Nr. 6.
5. Grünbaum, Pseudohermaphroditismus internus etc. Nürnberg. med. Ges. 9. Jan. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 21.
6. Grüneberg, Pseudohermaphroditismus masculinus. Demonstrat. Ärztl. Verein zu Altona. 28. Mai. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 27.
7. Hegler, Fall von lokalem Hermaphroditismus. Demonstr. Ärztl. Verein in Hamburg. 11. Febr. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 8.
8. Hildebrand, Männlicher Scheinzwitter. Demonstrat. Ärztl. Verein zu Marburg. 8. Febr.
9. Hofstätter, R., Fall von Sexus anceps. Geb.-gyn. Ges. Wien. 10. Dez. 1912. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 24.
10. — Unser Wissen über die sekundären Geschlechtscharaktere. Zentralbl. f. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 16. Heft 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 47.
11. Küstner, Demonstration eines Uterus bei Pseudohermaphroditismus femin. externus. 15. Vers. d. deutsch. Ges. f. Gyn.
12. — Pseudohermaphroditismus femininus externus. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 73. Heft 3. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 36. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 40.
13. Matwejew, Demonstration eines Hermaphroditen. Wratsch. Gaz. Nr. 30. Sitzungsber. der geb.-gyn. Ges. zu Kiew. (H. Jentter.)
14. Mills, Ein Hermaphrodit? New York. med. Journ. Jan. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 22.
15. Mohr, Genitaler Infantilismus. Pseudohermaphroditismus, abnormes Längenwachstum und Hypergenitalismus. Verein der Ärzte in Halle. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 11.
16. Oliver, P., A case of pseudohermaphroditism. The Journ. Amer. of the med. Assoc. Vol. 60. Nr. 11. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 44.
17. Pawlow, Ein Fall von Hermaphroditismus. Russki Wratsch. Nr. 16. Sitzungsber. der russ. chir. Pirogowschen Ges. (Pawlow demonstriert einen Patienten mit Pseudohermaphroditismus masculinus. Es wird beabsichtigt, die Testikeln in die Bauchhöhle zu transplantieren.) (H. Jentter.)
18. Pick, Über den wahren Hermaphroditismus der Säugetiere und des Menschen. Berl. med. Ges. 22. Okt. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 43, 45. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 45.
19. Poper, Ein Fall von Hermaphroditismus. Wratsch. Gaz. Nr. 30. Sitzungsber. der chir. Ges. zu Kiew. (H. Jentter.)
20. Scheicher, Siehe unter 1).
21. Teacher, J. H., A case of hermaphroditism. Glasgow. Obst. and Gyn. Soc. March 16. Ref. The Lancet. April 5.
22. Winter, Pseudohermaphroditismus masc. extern. Naturwiss.-med. Ges. Jena. Jan. 16. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 7.
23. Zarnik, Über die Entstehung des Hermaphroditismus. Phys.-med. Ges. zu Würzburg. 5. Juni. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 30. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 33. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 28.
24. Zucker, R., Ein Beitrag zur Lehre von der Kombination des Scheinzwittertums mit Neubildungen in der Genitalsphäre. Diss. Leipzig.
25. Zurhelle, E., „Erreur de sexe" infolge von Hypospadiasis peniscrotalis. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 27. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 28. Zentralbl. f. Gyn. 1914. Nr. 6.

Vulva.

1. Bildungsfehler, angeborene Anomalien.

1. **Albrecht**, Siehe unter Vagina.
2. **Bäumler**, Siehe unter Vagina.
3. **Bittner**, Atresia ani vestibularis. Ärztl. Verein Brünn. 11. Nov. 1912. Ref. Wiener med. Wochenschr. Nr. 8. (Operative Heilung mit gutem Erfolg bei zehnmonatlichem Kinde.)
4. **Chalesowa-Koschkina**, Ein Fall von Anus vestibularis. Journ. akusch. i shensk. bol. April. Sitzungsber. der geb.-gyn. Ges. zu St. Petersburg. (Bei der 30jährigen Igravida wird sub partu folgender Befund erhoben: Asymmetrisches Becken, Uterus bei äusserer Untersuchung subseptus. Schamlippen schwach entwickelt, auf der rechten Seite grösser als auf der linken. An der Stelle des Anus leichte Vertiefung. Die Analöffnung befindet sich zwischen Hymen und hinterer Kommissur. Bei interner Untersuchung gelangen zwei Finger leicht ins Rektum (Fehlen des Sphinkters). Vordere Scheidenwand ist gespalten, so dass die Harnröhre in ihrem unteren Teile (2 cm) mit der Scheide kommuniziert. Es lagen vor ein Arm und ein Fuss; letzterer wird heruntergeholt und nach mehreren Stunden eine sehr schwierige Extraktion ausgeführt. Das tief asphyktische Kind lebte nur drei Stunden (Hirnblutung). Während der Extraktion gingen aus dem Anus fortwährend Fäzes ab. Im Wochenbett funktionelle Harninkontinenz.) (H. Jentter.)
5. **Fischer**, Siehe unter Vagina.
6. **Gajtschmann**, Über angeborenes Fehlen des Perineum. Anus vulvaris. Russ. Journ. akusch. 1912. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 24.
7. **Grusdew**, Zur Pathologie und Therapie der Atresia ani vaginalis. Wratsch. Gaz. Nr. 24. Verhandl. des XII. Pirogowschen Kongr. (Atresia ani vaginalis ist streng zu unterscheiden von der Atresia ani vestibularis (vulvaris). Die Entstehung des Anus vaginalis ist nur möglich, wenn man annimmt, dass sich das untere Drittel der Scheide nicht aus dem Müllerschen Gange, sondern aus dem Sinus urogenitalis bildet; wenn er nicht sekundärer Herkunft ist (Tuberkulose, Lues usw.). Verf. hat einen Fall operiert, wobei er den Mastdarm bis zum Promontorium separierte und ihn an der richtigen Stelle fixierte. Mit dem Darm muss ein Stück Scheidenwand exzidiert werden, weil in ihm der Sphincter internus enthalten ist. Postoperativer Verlauf und funktionelles Resultat waren gut. Patientin ging lange Zeit später zugrunde an Volvulus des S romanum, welches ein abnorm langes Mesenterium aufwies.) (H. Jentter.)
8. **Hart**, Siehe unter Vagina.
9. **Kermauner, F.**, Genese, entwickelungsgeschichtliche und teratologische Bedeutung der Lig. rotund. uteri und des Gubernaculum Hunteri. Arch. f. mikr. Anat. Bd. 81. Heft 1. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 17.
10. **Maverik**, Siehe unter Vagina.
11. **Meyer**, Siehe unter Vagina 6, 15).
12. **Meyer-Schwalbe**, Siehe unter Vagina.
13. **Mohr**, Siehe unter I, 7).
14. **Montgomery, E.**, Die Hernie des Beckenausganges. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 16. Nr. 1. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 21.
15. **Oertel**, Siehe unter Vagina.
16. **Scheicher**, Siehe unter Vagina 1).

2. Entzündung, Ernährungsstörungen, Exantheme, Kraurosis. Vulvitis pruriginosa, Elephantiasis.

1. **Balzer**, Un cas de Kraurosis vulvae. Soc. franç. de Dermatologie etc. 3 Juill. Ref. La Presse méd. Nr. 57. p. 580.
2. **Daniel, C.**, Die elephantiastische Tuberkulose der Vulva (primäre tuberkulöse Elephantiasis). Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. Heft 1. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 7.
3. **Drews**, Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett bei ausgedehnter halbseitiger Teleangiektasie und Varizenbildung mit lymphangiektatischer Elephantiasis. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 17.

4. Dubois, P., Un cas de Kraurosis vulvae. Réun. semi-mens. de la Policlinique de Bruxelles. 6 Juin. Ref. La Presse méd. Nr. 61. p. 621.
5. Fridon, Siehe unter Vagina 4).
6. Green-Armytage, Porroscher Kaiserschnitt wegen Elephantiasis der Vulva. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 22. Nr. 5. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 26.
7. Grünbaum, Elephantiasis der Klitoris. Nürnberger med. Ges. 30. Jan.
8. Kaufmann, Siehe unter Vagina 4).
9. Jack, Siehe unter Vagina 4).
10. Klimenko, Zur Frage über Diphtherie der Genitalien bei Kindern. Russki Wratsch. Nr. 9. (Klimenko gibt die Krankengeschichte eines zehnjährigen Mädchens, welches bei völlig gesundem Rachen an primärer Diphtherie der Schamlippen und der Scheide erkrankte und trotz Serotherapie an Herzschwäche starb. Genitaldiphtherie der Kinder ist nicht häufig. Die Ausserachtlassung derselben kann schwere, ja unheilvolle Folgen nach sich ziehen. Genitaldiphtherie wird viel öfter bei Mädchen beobachtet als bei Knaben. Verlauf, Komplikationen und Behandlung sind die der Rachendiphtherie.) (H. Jentter.)
11. Kroemer, Tuberkulose der Vulva und Harnröhre. 15. Versamml. d. deutsch. Ges. f. Gyn. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 26. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 26. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 25.
12. Kurz, L., Esthiomène, or lupus vulvae. A historical pathological and clinical study, with analysis of six cases etc. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 23. Nr. 6. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 24.
13. Lippschütz, „Ulcus vulvae acutum". Demonstr. k. k. Ges. d. Ärzte zu Wien. 2. Mai. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 20.
14. Löhnberg, E., Siehe unter Vagina 3).
15. Meyer, P., Die Syphilis der weiblichen Genitalien. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 4.
16. Prochownik, Kraurosis. Demonstr. Geb. Ges. zu Hamburg. 8. Febr. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 20.
17. Scherber, Siehe unter Vagina.
18. Schou, Jens, Mb. Recklinghausen (Genital. ext.). Ges. f. Gyn. u. Obst. 9. April. Ref. Ugeskrift for Laeger, Kopenhagen, p. 2030. (O. Horn.)
19. Slingenberg, Siehe unter Vagina 4).
20. Smith, Siehe unter Vagina 4).
21. Stankiewicz, C., Kraurosis vulvae, behandelt mit Exzision der Vulva. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 1.
22. Teuffel, Kraurosis und Kankroid. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 27.
23. Thorn, Elephantiasis vulvae tbc. Med. Ges. zu Magdeburg. 13. Febr. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 21.
24. Trapl, J., Actinomycosis vulvae. Ćasop. lékař. česk. Nr. 38. Ref. Zentralbl. f. Chir. Nr. 45. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 52.
25. Tridon, Siehe unter Vagina 4).
26. Velibril, A., Siehe unter Vagina 4).
27. Wayneroff-Winarow, E., Über Tuberkulose der Vulva. Diss. München 1912. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 51.
28. Winokurow, Siehe unter Vagina 4).

3. Neubildungen. Zysten.

1. André Martin, Sarcome de la grande lèvre. Rev. de gyn. Tome 21. Nr. 3.
2. Backer, M., Das Vulvakarzinom in seiner Ätiologie und Prognose, beleuchtet an der Hand von 24 in der Erlanger Frauenklinik beobachteten Fälle. Diss. Erlangen.
3. Berecz, János, Carcinoma vulvae esete. Aus der Sitzg. der gyn. Sekt. des kgl. Ärztevereins am 3. Dez. 1912. Ref. Orvosi Hetilap. Gyn. Nr. 1. (Karzinom der Klitoris bei einer 23jährigen Parturiens; die Operation nach der Geburt konnte wegen Miterkrankung der Urethra und des Schambeines nicht unternommen werden.) (Temesváry.)
4. — Carcinoma clitoridis bei einer Gebärenden. Kgl. ungar. ärztl. Verein, Budapest. 3. Dez. 1912. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 28.
5. Bumm, Über die Erfolge der Röntgen- und Mesothoriumbestrahlung bei Karzinom der weiblichen Genitalien. Berl. med. Ges. 7. Mai. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 22. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 19. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 43.

6. Calmann, Beiträge zur gynäkologischen Röntgenbehandlung. Geb. Ges. zu Hamburg. 4. März. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 20, 22.
7. Chatachpaschew, Siehe unter Vagina.
8. Comby et de Vaugiraud, Papillome verruqueux hypertrophique de la vulve; bons effets de la radiothérapie. La Presse méd. Nr. 7. (Rasche Heilung bei neunjährigem Mädchen.)
9. Daniel, Die elefantiastische Tuberkulose der Vulva (primäre tuberkulöse Elefantiasis). Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. Heft 1. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 17.
10. — C., Die Leistenhernien der weiblichen Geschlechtsorgane. Hegars Beitr. Bd. 18. Heft 3. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 35.
11. Firfarow, Zur Kasuistik des Karzinoms der äusseren Genitalien. Ssibirskaja Wratsch. Gaz. 1912. Nr. 41. (H. Jentter.)
12. Fleischhauer, Vorstellung eines Falles von operiertem Vulvakarzinom. Med. Ges. zu Kiel. 5. Juni. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 31.
13. Fontana, A., Über die Sensibilität der spitzen Kondylome. Dermat. Wochenschr. p. 17. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. usw. Heft 1.
14. Fontoynont, Un cas de molluscum pendulum généralise observé chez un Mulgache. Annales de Derm. et de Syph. 1912. Nr. 10. Ref. La Presse méd. Nr. 6.
15. Fornero, A., Über eine ungewöhnliche Neubildung der äusseren Genitalien. Gin. 1912. Nr. 12. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 41.
16. Fuchs, A., Neubildungen der Vulva. Sammelbericht des Jahres 1911. Gyn. Rundschau. Heft 3. Sammelbericht des Jahres 1912 und Heft 24.
18. Hauser, Multiple primäre Karzinome des weiblichen Genitalapparates. Arch. f. Gyn. Bd. 99.
19. Heller, J., Über Tumoren des Lig. rot. uteri. Diss. Berlin.
20. Hoeven, Van der, Hypernephrommetastase der Vulva. Niederländ. Gyn. Vereinigung. 30. April 1912. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 1.
21. Jakowski, Acht Pfund schweres Lipom einer grossen Schamlefze bei einer 54jährigen Frau entfernt. Przeglad chir. i gin. Bd. 9. Heft 11. p. 119. (Polnisch.) (v. Neugebauer.)
22. Kehrer, E., Epidiaskopische Bilder und Moulagen einer grösseren Zahl von Vulvakarzinomen. 15. Vers. d. deutsch. Ges. f. Gyn. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 25.
23. Kroemer, Siehe unter Vagina.
24. Kirstein, Siehe unter Vagina.
25. Krönig, Siehe unter Vagina.
26. Lefèvre-Loubat, Les kystes de la région clitoridienne. Paris. méd. Nr. 22.
27. Leonhardt, Über Vulvakarzinom. Diss. Bern 1912. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 41.
28. Morestin, M., Lipome du perinée. Soc. anat. de Paris. Ref. La Presse méd. Nr. 9.
29. Nahmmacher, Siehe unter Vagina.
30. v. Neugebauer, Uterus abdominal entfernt wegen Karzinom bei Kraurosis vulvae. Przeglad chir. i gin. Bd. 9. Heft 11. p. 246. (Polnisch.) (Der Gatte der Frau war von Professor v. Bergmann wegen Blasenkarzinom operiert worden. Nach der Operation acht Tage lang heftige Urtikaria mit Hautjucken aus nicht ergründeter Ursache. Stand diese Urtikaria der Kraurosis bezüglich des Juckens verwandtschaftlich nahe? Genesung.) (v. Neugebauer.)
31. Ossing, J., Über die Dauerresultate der in der Kieler Frauenklinik operierten Vulvakarzinome aus den Jahren 1901—1912. Diss. Kiel.
32. Peus, G., Ein neuer Fall von Hernia labialis posterior (Hernia subtransversalis). Gyn. Rundschau. Heft 8. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 26. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 28.
34. Ries, E., Hydrocele muliebris im Canalis Nuckii. Demonstr. Deutsche med. Ges. in Chicago. 27. Febr.
35. Rosenberg, Fibroma vulvae. Russ. Journ. akusch. 1912. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 24.
36. Rothschild, M. F., Die malignen Neubildungen an der Vulva und ihre Prognose. Diss. Freiburg. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 10.
37. Savaré, M., Beitrag zur Kasuistik und operativen Behandlung des Vulvakarzinoms. Gyn. 1912. Nr. 13. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 41.
38. Schiller, Klitoriskarzinom. Demonstr. Gyn. Ges. Breslau. 24. Juni. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Heft 3. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 37.

39. Schwaiblmaier, S., Myxofibroma labii majoris. Diss. München. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 52.
40. Taussig, F., Die Prognose des Vulvakarzinoms. Interstate med. Journ. Dec. 1912. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 23.
41. Teuffel, Siehe unter 2).
42. Theilhaber, Siehe unter Vagina.
43. Tourneux, Sur un cas de kyste des petites lèvres. Soc. anat. clin. de Toulouse. 22 Févr. Ref. La Presse méd. Nr. 34.
44. Vogt, Beitrag zu den Melanosarkomen der Klitoris. Arch. f. Gyn. Bd. 99. Heft 2. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 50.
45. Weidlich-Hartig, Klitoriskarzinom. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 23.
46. Westermaier, Siehe unter Vagina.
47. Winkelmann, F., Beitrag zur Kasuistik des Vulvakarzinoms. Diss. München 1912. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 52.
48. Zirinski, M., Paraurethrale Metastasen bei Korpuskarzinom. Diss. München. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. Heft 1.

4. Erkrankungen der Bartholinischen Drüsen.

1. Smith, D. T., Eine bisher übersehene Funktion der Bartholinischen und Cowperschen Drüsen. Journ. of Amer. med. Assoc. Dec. 28. Ref. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 12.

5. Verletzungen, Thrombus et Haematoma vulvae et vaginae.

1. Binz, F., Zur Kasuistik der Pfählungsverletzungen. Diss. München.
2. Cauwenberge, A. v., Thrombus und Hämatom der Vulva und Vagina. Rev. mens. de gyn. etc. Nr. 3. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 31.
3. Potocki-Sauvage, Thrombus pédiculé du vagin. Soc. d'obst. de Paris. 14 Avril.
4. Rachfahl, Siehe unter Vagina 6).
5. — H., Pfählungsverletzungen der weiblichen Genitalien. Diss. Breslau. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 52.
6. Roemer, Ein Fall von Haematoma vaginae et vulvae mit nachfolgendem Verblutungstod. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 4.
7. Rouvier, Deux cas de thrombus ou hématome vulvo-vaginal. Réun. obst. d'alger. 12 Avril. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Nr. 5.
8. Tiegel, Haematoma vulvae. Med. Verein Greifswald. 25. Jan.
9. Unger-Brjanzewa, Hämatom der Scheide und des äusseren Genitales. Russki Wratsch. Nr. 14. (Verf. bringt neun Geburtsgeschichten. Sechs Kranke waren Erstgebärende. Alle Geburten ad terminum. Vier Kranke hatten Eiweiss im Harn. In vier Fällen handelte es sich um operative Geburten. Sechsmal öffneten sich die Hämatome spontan, dreimal wurde operativ eingegriffen. Schlusssätze: Hämatom der Scheide ist häufiger als das des äusseren Genitales und verläuft bisweilen symptomlos Erstgebärende erkranken häufiger als Mehrgebärende. Albuminurie und operative Eingriffe disponieren zu Hämatombildung. Spontane Resorption ist sehr selten. Meistens tritt Nekrose der Schleimhaut ein und Verjauchung der Gerinnsel. Fieber ist bei Hämatom eine häufige Erscheinung (Autointoxikation seitens des Hämatoms oder Subinvolutio, Lochiometra, Endometritis). Hämatom der breiten Mutterbänder ist eine sehr gefährliche Komplikation (grosse Blutung ins Parametrium, Nähe des Bauchfells). Die Behandlung muss anfangs konservativ sein; zulässig ist jedoch breite Indikationsstellung zu operativem Eingriff mit nachfolgenden täglichen Spülungen und Drainage der Höhle.) (H. Jentter.)
10. v. Zubrzycki, Eine während der Geburt entstandene Blutgeschwulst der Vulva. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 8.

6. Neurose, Vaginismus, essentieller Pruritus vulvae.

1. Audry, Ch., Über die vulvovaginalen Dyspareunien (falscher und wahrer Vaginismus). Prov. méd. Nr. 18. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 31.
2. Babesch-Buia, Ovarielle Opotherapie in der Behandlung der Pruritus vulvae. Spitalul. Nr. 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 31. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 41.
3. Calmann, Siehe unter 3).

4. Döderlein, Siehe unter Vagina 3).
5. Föuss, A., Der Vaginismus. Nord. med. Arch. 1914. Abt. 1. Heft 4. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 42.
6. Frigyesi, J., Pruritus vulvae et vaginae. Aus der Sitzg. des Vereins der Spitalärzte am 15. Okt. Ref. Orvosi Hetilap. Nr. 52. (Abhandlung über Pruritus vulvae. Therapeutisch wurden für frische Fälle Karbollösung, Kokainsalben, Mesotan und Lapispinselung, für veraltete die Sieburgsche Infiltrationsbehandlung empfohlen.) (Temesváry.)
7. Herzberg, Über die Behandlung des Pruritus vulvae mit Pittylen. Med. Klinik Bd. 46.
8. Rothe, H., Ist beim Vaginismus eine blutige Erweiterung notwendig? Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 73. Heft 2. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 29. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 31.

VII.

Pathologie des Beckenbindegewebes.

Referent: Prof. Dr. Fritz Kermauner.

1. Abrikossow, A., Die Serodiagnostik des Echinococcus nach Weinberg. Med Obosr. Nr. 7. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 43. p. 2424. (Positiver Ausfal der Komplementbindungsreaktion in fünf Fällen, hat jedesmal gestimmt. Ebenso das negative Resultat in 31 Fällen. Einmal war die Reaktion vor der Operation negativ; es fand sich ein Echinococcus. Nach der Operation wurde die Reaktion stark positiv.)
2. Alfieri, Emilio, Fibromiomi del ligamento largo. Gin. Vol. 10. Nr. 3. p. 65. (Vier eigene Fälle, davon zwei als primär betrachtet, unter 38 Uterusmyomen. Die Operationsmethode soll verschieden sein, wenn das Myom vom Uterus oder primär vom Ligamentum latum ausgeht. Das Bestimmen des Ursprunges ist allerdings schwierig. Sicher ist der intraligamentäre Sitz sekundär, wenn ein Stiel oder eine Kapsel vorhanden ist; doch beweist das Fehlen der beiden nicht sicher das Gegenteil. Ausgangspunkt einzelne Muskelfasern, Gefässe oder Reste des Wolffschen Ganges.)
3. Alglave, P., Volumineux kyste hydatique de la base du ligament large gauche. Exstirpation intégrale. Guérison. Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris. Tome 39. Nr. 24. p. 1018. (25jährige Patientin, bemerkt den Tumor seit drei Jahren; Vergrösserung unter zunehmenden Schmerzen; Blasenbeschwerden. Tumor zystisch, füllt das Becken aus und reicht bis zum Nabel. Annahme einer parovarialen Zyste. Laparotomie. Mannskopfgrosse, überall adhärente Zyste, dem linken Lig. latum aufsitzend. Eröffnung, Entleerung von Tochterzysten, Exstirpation. Eine kleinere Zyste sitzt auf dem rechten Lig. latum. Drainage des Douglas. Heilung.)
4. Aschheim, Demonstration eines retroperitonealen Sarkoms. Ges. der Charité-Ärzte, 5. Dez. 1912. Ber. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 4. p. 181. (54jährige VIpara, in den letzten sechs Jahren dreimal wegen Polypen am Uterus operiert, klagt seit acht Wochen über dauernde Schmerzen im Unterleib, Verstopfung, allgemeine Mattigkeit. Rechts über dem Uterus ein überfaustgrosser Tumor. Laparotomie. Tumor mit Dünndarmschlingen und Netz verwachsen, weich, leicht zerreisslich, stark blutend. Vorsichtige Ablösung vom Ureter und den grossen Gefässen. Da der Tumor malign war und im Uterus Polypen sassen, die möglicherweise auch malign waren, wurde Totalexstirpation des Uterus und der Adnexe angeschlossen. Die rechten Adnexe waren mit dem Tumor entfernt worden. Sie sind von ihm deutlich durch einen Abschnitt des Ligamentum latum getrennt. Mikroskopisch: Spindelzellensarkom; stellenweise überwiegen Riesen-

zellen. Der Polyp im Uterus ist an der Basis zwar zellreich, aber nicht malign. Die Prognose ist im allgemeinen recht schlecht. Von den 13 Fällen der Literatur, über welche diesbezüglich etwas bekannt ist, sind alle entweder post op. oder an Rezidiv kurze Zeit nach der Operation gestorben. Auch im vorliegenden Falle wird die Prognose ernst gestellt. Operation nur abdominal zu empfehlen, unter Mitentfernung des Uterus. Beim vaginalen Vorgehen wird entweder nicht radikal operiert, oder die Gefahr von Nebenverletzungen ist sehr gross.)

5. Barsony, Th., und E. Egan, Diagnostischer Wert der Echinokokkenkomplementbindung. Orvosi Hetilap. 1912. Nr. 32. Ref. Wiener med. Wochenschr. Nr. 20. p. 1258. (Antigen aus Zystenflüssigkeit von Rinderechinokokken durch Eindampfen und Phenolzusatz hergestellt. Fünf Fälle mit kompletter, drei mit partieller Bindung. Drei weitere Fälle, längere Zeit nach der Operation untersucht, negativ. Bei Gesunden war achtmal partielle Bindung eingetreten. Letztere ist nur dann diagnostisch verwertbar, wenn Wassermann negativ und Tänie ausgeschlossen.)

6. — — Über die diagnostische Verwertbarkeit der Echinokokkenkomplementbindung. Zeitschr. f. klin. Med. 1912. Bd. 76. Heft 3—4. (S. o.; stark positive Reaktion ist brauchbar; bei negativer ist jedoch Echinococcus nur mit Wahrscheinlichkeit auszuschliessen.)

7. Beck, Fibromyom, vom Beckenbindegewebe ausgehend. Gyn. Ges. Hamburg, 18. Febr. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 20. p. 738. (44jährige Patientin. Seit 14 Tagen Druck auf die Blase und zeitweise Anurie. Tumor zwischen Symphyse und Uterus, letzterer eleviert und nach links verlagert. Adnexe nicht tastbar. Operation. Rechts neben dem Uterus in der Excavatio ves. ut. ein tief ins Beckenbindegewebe reichender Tumor. Uterus und rechte Adnexe werden mitentfernt. Ausschälung in der Tiefe schwierig. Ausgangspunkt vermutlich tiefe Abschnitte der Ligamente. In der Diskussion berichtet Prochownik über einen Fall, den er vor ca. 20 Jahren demonstriert hatte. Der Serosadefekt liess sich damals nicht decken. Patientin ist nach zwei Jahren einem Strangulationsileus erlegen. Calman erwähnt einen Kolossaltumor vom Rektum, Lomer einen vom Ligamentum rotundum ausgehend.)

8. Bender, Xavier, Sur un phlegmon du ligament large. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. 13 Mai. Arch. mens. d'obst. et de gyn. Tome 3. p. 513.

9. Benedict, A. L., Bibliographie der Chyluszysten des Mesenteriums. Surg., Gyn. nd Obst. Vol. 16. Nr. 6. (96 Fälle der Literatur.)

10. Bland Sutton, Sir John, On a case of adenomyoma of the uterus involving the rectum. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 23. Nr. 6. p. 402. (35jährige I para. Blutungen, Schmerzen, Stuhlbeschwerden. Vom Rektum aus golfballgrosser Tumor zu fühlen. Subseröses Myom angenommen. Laparotomie. Subtotale Exstirpation des Uterus. Tumor fest mit dem Rektum verwachsen, aber ablösbar. Adenomyom.)

11. Bohnstedt, A., Zur Therapie chronischer Frauenleiden. St. Petersburger med. Zeitschr. Nr. 2. (Empfiehlt Flataus Apparat zur vaginalen Anwendung von Wärme. Sieben Krankengeschichten von chronischer Parametritis und Tubenerkrankungen, gebessert oder geheilt.)

12. Bonneau, R., Inondation péritonéale par rupture spontanée d'une veine utéro-ovarienne. Soc. de chir. de Paris. 28 Févr. La Presse méd. Nr. 21. p. 236. (Vier Geburten. Stets gesund. Bei Arbeit in gebückter Stellung plötzlicher Schmerz links. Auftreibung des Leibes, Kollaps. Laparotomie an Ort und Stelle nach Joddesinfektion. Blut in der Bauchhöhle. 1 cm langer Riss im Peritoneum im Bereich der linken spermatikalen Venen. Heilung.)

13. Boris, de, Erkrankung der Adnexe und Lymphangitis des Ligamentum latum. Semaine méd. 1912. Nr. 50.

14. Borodkin, Typhöse Parametritis. Russki Wratsch. 1911. Nr. 32. Ref. Gyn. Rundschau. p. 259. (Grosser, bis zum Nabel reichender Abszess. Inzision. Im Eiter Reinkultur von Typhusbazillen. Der Abszess wurde in der vierten Woche eines Typhus bemerkt.)

a 15. Bortkewitsch, A. M., Myoma sarcomatodes ovarii. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. (Russ.) Bd. 28. p. 419. (57jährige Frau merkt seit vier Jahren eine Geschwulst; seit zwei Jahren schnelleres Wachstum. Laparotomie. Links intraligamentärer Ovarialtumor, 2978 g schwer, von ungleichmässiger Konsistenz. Heilung. Histologisch Fibrom, sarkomatös. Nach $1^1/_2$ Monaten bereits neuer Tumor; drei Monate nach der Operation Tod. Es fand sich ein retroperitoneales Sarkom; keine weiteren Meta-

stasen. Bortkewitsch nimmt Entwickelung aus den Fasern des Lig. ovar. propr. oder aus der Media der Gefässe an.)

16. Bovin, E., Fall von Adenomyom im Ligamentum rotundum. (Schwedisch.) Hygiea. 1912. p. 224. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 7. p. 264. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 1914. Bd. 39. p. 234. (46jährige Frau mit pflaumengrossem, schmerzhaftem, unscharf begrenztem Tumor oberhalb und lateral vom Tuberculum pubic. dext., etwas verschieblich. Exstirpation, mit Abmeisselung des Tuberculum pub. Histologisch Adenomyom. Er denkt an Absprengung vom Müllerschen Gang.)

17. Buchbinder, Jac. R., Retroperiton. rupture of the appendix with extravasation of pus into and gangrene of the entire thigh. Journ. of the Amer. med. Assoc. Vol. 60. p. 1782. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 35. p. 1314. (21jährige Negerin; Sektion. Bauchhöhle frei. Appendix retrocökal, mit der Spitze am Parietalperitoneum adhärent, gangränös und ins retrocökale Gewebe perforiert. Grosser Abszess (Bact. coli) bis zum oberen Nierenpol und längs des Musc. iliacus unter dem Poupartschen Bande lateral vom Nerv. femor. auf den Oberschenkel reichend. Muskulatur nekrotisch. Auch das Gewebe des Kniegelenkes ist ödematös, das Gelenk selbst mit klarer Flüssigkeit erfüllt. Hüftgelenk frei. Beckeneingeweide frei. Keine Thrombose. Nach der Anamnese Dauer der Erkrankung 11 Tage. Am dritten Tag war Patientin nach leichter Besserung aufgestanden; darauf Schüttelfrost und heftige Schmerzen im rechten Bein. Erst moribund ins Krankenhaus eingeliefert.)

18. Bühmann, H., Über puerperale parametrane Exsudate. Inaug.-Diss. Göttingen 1911. (Zusammenstellung der in der Frauenklinik 1888—1909 behandelten Fälle.)

19. Cartolari, Hämorrhagische Mesenterial- und Retroperitonealzysten. La clin. chir. Nr. 4.

20. Childe, Charles P., A case of retroperitoneal fibroma weighing $34^3/_4$ pounds, successfully removed. The Brit. med. Journ. Oct. 25. p. 1090. (48jähriger Mann, zeitweise an Obstipation und Gallenkoliken leidend. Seit fünf Jahren langsame Zunahme des Leibes, im letzten Jahr stärker, während die Beschwerden selbst aussetzten. Abgemagert, blass; unangenehme Sensationen im Leib. Enormer Tumor in Bauch und Becken, unbeweglich, höckerig, hart. Laparotomie. Darmschlingen unter dem Zwerchfell. Der Tumor sitzt retroperitoneal. Spaltung des Peritoneums. Grosse Venen an der Oberfläche. Ausschälung sehr schwierig; Dauer drei Stunden. Ausgangspunkt scheinbar Kapsel der linken Niere. Der Tumor ist ein Fibrom mit myxomatösen Abschnitten. Verkalkung. Fett ist vorhanden, andere Gewebe fehlen.)

21. Clark, S. M. D., Discussion of the pelvic infection with special reference to the needs of the general practitioner. New Orleans med. and surg. Journ. Vol. 66. Nr. 4. p. 269. (Übersicht über pathologische Anatomie der Beckeninfektionen, Diagnose und Therapie.)

22. Costes, Beitrag zur Frage der vorübergehenden Lumbo-Neuritiden im Wochenbett. Thèse Toulouse 1912. (Die wichtigsten Symptome sind Schmerzen bei Druck auf den Plexus lumbo-sacral., Parese der entsprechenden Muskeln, spontane Schmerzen, vasomotorische Störungen. Ursache Infektion oder Autointoxikation. Prognose günstig. Behandlung rein symptomatisch. Vier eigene Fälle und sechs aus der Literatur.)

23. Crailsheim, Gustav, Über einen Fall von Beckenenchondrom. Inaug.-Diss. München.

24. Deisenhofer, Ludwig, Einige Fälle von Beckenverletzungen. Inaug.-Diss. München.

25. Delore et Rigaud, Prolapsus utérin compliqué de suppuration pelvienne. Soc. des sciences méd. de Lyon. 20 Nov. 1912. Lyon. méd. 1912. Tome 2. p. 1082.

26. Dittel, Varicosités du ligament large simulant une grossesse extrautérine. La revue méd. d'Egypte. Févr. p. 48.

27. Donck, Van der, Kyste du ligament large. Clinique centrale de Liége (Belgique). 6 Déc. 1912. La Presse méd. 11 Janv. Nr. 4. p. 38. (Doppeltmannskopfgrosser Tumor einer 31jährigen Virgo, mit zweifrankstückgrosser Insertion am Uterus. Nie Beschwerden, nie Darmerscheinungen.)

28. Dorman, Large intraligamentous hyaline and cystic fibroid with cystic ovaries. Amer. Journ. of Obst. Vol. 67. p. 363.

29. Douglas, G. Reid, Notes on the retro-colic fossa, splenic process of peritoneum, and bloodless fold of treves. Journ. of Anat. and Phys. London. Vol. 47. 4, p. 479.

30. Duff, G., Erfolgreiche Entfernung eines grossen retroperitonealen Sarkoms mit Bemerkungen über die Operationsmethode und die Behandlung. Glasgow. med. Journ. 1912. August. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 15. p. 559. (44jährige Patientin, IIpara,

mit grosser Geschwulst im Unterleib. Nach beiden Geburten fieberhafte Wochenbetten. Vor drei Jahren Amputation der linken Brust wegen eines Tumors, über welchen Genaueres nicht zu erfahren war. Jetzt Schmerzen nach dem Essen, saures Aufstossen, Erbrechen, Obstipation. Urinentleerung ungestört. Tumor reicht bis 5 cm über den Nabel, ist unregelmässig, hart, beweglich; Druck auf die linke Seite schmerzhaft. Kein Zusammenhang mit dem Uterus. Laparotomie. Grosser solider Tumor vom Aussehen eines schwangeren Uterus. Adhäsionen zur grossen Kurvatur des Magens und zum Netz und Kolon. Grosse Venen der Pfortader mussten durchtrennt werden. Vom Kolon wurde auf 18 cm Länge die äussere Muskelschicht mitgenommen. Defekt mit Netz gedeckt. Histologisch Sarkom. Ob Metastase des Mammatumors? Primär können solche Tumoren von den retroperitonealen Lymphknoten, von der Faszie, Gefässscheiden, von embryonalen Resten der Nierengegend ausgehen. Diagnose sehr schwer. In diesem Falle war ein maligner Ovarialtumor mit langem Stiel angenommen worden.)

31. Ebner, Adolf, Retroperitoneales Lipom. Verein f. wissensch. Heilk. Königsberg i. Pr. 3. Febr. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 20. p. 972.

32. — Über retroperitoneale Lipombildung mit spezieller Berücksichtigung der Mesenteriallipome. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 86. p. 186. (48jährige Frau, neun Geburten, letzte vor drei Jahren, in elendem Ernährungszustand; hatte vor zehn Tagen vorübergehend rechts unten Schmerzen, dabei Obstipation, Fieber, Übelkeit; drei Tage bettlägerig. Seitdem leichtes Unbehagen, Druck und Völlegefühl in der Ileocökalgegend, aufgetriebenen Leib. Seit drei Monaten Amenorrhoe. Kleinfaustgrosser, derber, unebener Tumor, nicht besonders empfindlich, wenig verschieblich, ohne Zusammenhang mit dem Genitale. Diagnose schwankt zwischen entzündlichem und malignem Tumor. Bei der Operation (pararektaler Schnitt) fand sich ein breit mit Cökum und Proc. vermiformis zusammenhängender Tumor, leicht auszulösen. Keine Drüsen. Trotzdem Resektion von Ileum und Cökum, unter seitlicher Anastomose der Darmenden. Vorübergehender Kotabszess. Heilung. Mikroskopisch: Fibrolipom, ohne Anhaltspunkte für Sarkom; in der Mitte Erweichungsherd mit Entzündungserscheinungen. Ähnliche Lokalisation fand Ebner — zwischen den Mesenterialblättern bis an die Muskelschicht des Darmes reichend — unter den 109 mesenterialen Lipomen der Literatur nicht.)

33. Engelking, Ernst, Intraligamentär entwickelte Eierstocksschwangerschaft. Inaug.-Diss. Freiburg.

34. Falgowski, Wladislaus, Über entzündliche Adnexerkrankung, einschliesslich der Para- und Perimetritis. Gyn. Rundschau. Heft 7. p. 251. (Sammelreferat.)

35. — Zur operativen Behandlung chronisch-entzündlicher Infiltrate, mit besonderer Berücksichtigung der Parametritis posterior. Kongress in Halle. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 27. p. 1343. Gyn. Rundschau. Heft 16. (Vier operativ behandelte Fälle von Adhäsionen. Kolpotomia posterior, eventuell auch anterior, Lösung der Adhäsionen, tiefe vaginale Fixation; breites Offenhalten der Wunde mittelst Streifen, die in 5—10%iges Kampferöl getaucht sind. Die Streifen werden vier Wochen lang zweimal wöchentlich erneuert. Eventuell wird der Uterus entfernt.)

36a. — Beitrag zur operativen Behandlung veralteter Infiltrate im kleinen Becken und Entzündungen im retrouterinen Bindegewebe. Med. i Kronika Lekarska. Nr. 36, 37. (Polnisch.) (v. Neugebauer.)

37. Fekete, Fall eines Beckenechinococcus. Gyn. Sekt. des ungar. Ärztevereins in Budapest. 3. Dez. 1912. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 28. p. 1039. (Orvosi Hetilap. Gyn. Nr. 1. (Temesvàry.) (22jährige Frau, vor $1^1/_2$ Jahren letzte Geburt. Vier Wochen danach erkrankt. Rechts vom Uterus ein aus mehreren Knoten zusammengesetzter Tumor. Annahme eines Ovarialtumors. Laparotomie. Entfernung ohne Läsion. Eine der Hinterwand des Uterus aufsitzende Tochterblase reisst ein und erweist sich sofort als Echinococcus. Totalexstirpation nach Doyen. Heilung.)

38. Fischer, M., Über fortschreitende Peritonitis. Ein Rückblick auf 160 operierte Fälle. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 85. p. 696. (Erwähnt seien aus der Statistik: ein Fall nach Pfählungsverletzung, nach 12 Stunden operiert, Heilung; drei Fälle im Anschluss an eitrige Parametritis (ein Todesfall); ein Fall nach Perforation eines paranephritischen Abszesses.)

39. Forgue, Emile, et Georges Massabuau, L'adénomyomatose diffuse de l'utérus et du rectum. Paris méd. Nr. 22. p. 525. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. II. Heft 2.

p. 96. (Neben der auf den Uterus beschränkten Adenomyomatosis gibt es eine zweite Form, bei welcher ein histologisch ganz gleiches Gewebe infiltrierend das Bindegewebe zwischen Uterus und Rektum durchsetzt und in die Wand des Rektums eindringt. Für einen Teil dieser Fälle sucht man den Ursprung im Endometrium, für den grösseren Teil ist er in der Serosa zu suchen. Eine Diagnose ist kaum exakt zu stellen; Verwechslung mit Uterus- oder Rektumkarzinom. Therapie abdominale Totalexstirpation. Resektionen des Rektums sind gemacht worden, sind jedoch überflüssig, da ein Zurücklassen von krankem Gewebe nicht schadet.)

40. Forssner, Hjalmar, Fall von retroperitoneal sitzendem Kolossaltumor. Verhandl. der geb.-gyn. Sekt. 1911—1912. Hygiea. 1912. p. 224. Ref. Gyn. Rundschau. p. 263. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 1914. Bd. 39. p. 236. (31 jährige Frau hat mit zehn Jahren im linken Labium minus einen Knoten bemerkt. Mit 17 Jahren Geschwulst im Unterbauch. Menses vom 18. Jahr ab. Operation. Der Tumor reicht bis zum Processus xiphoides, sitzt retroperitoneal, scheint im Bindegewebe rechts neben der Vagina entstanden zu sein. Matrix vermutlich der Wolffsche Gang. Das Peritoneum der vorderen Bauchwand ist bis in Nabelhöhe durch den Tumor abgehoben. Wegen starker Blutung Unterbrechung der Operation. Vier Jahre später Verschlechterung des Befindens. Inkontinenz, im Harn Eiter. Urethra für einen Finger durchgängig. Neue Operation; diesmal gelingt stumpfe Ausschälung. Drainage der Blase. Fieber, Eiterung; Heilung. Der Tumor wiegt 9 kg. Mikroskopisch findet sich myxomatöses Bindegewebe, Fettgewebe, glatte Muskulatur.)

41. — Fall von primär im Ligamentum latum entstandenem Myom. Hygiea. 1912. p. 460. (42jährige VIpara. Operation. Heilung. Tumor apfelsinengross; an seinem oberen Pol ein viel grösseres subseröses Myom.)

41a. — Einige Fälle von Mesosigmoiditis mit Perisigmoiditis. Verhandl. d. obst.-gyn. Sekt. d. Ges. Schwed. Ärzte. Hygiea Nr. 11. 1913. (Die Fälle haben ein gynäkologisches Interesse in Frage von Differentialdiagnose gegen Genitaltumoren, speziell torquiertes Ovarialkystom. (Silas Lindquist.)

42. Fraenkel, Manfred, Lösung parametritischer Verwachsungen durch Röntgenstrahlen. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 42. p. 1570. (Als Nebenbefund hat Verf. bei seinen Röntgenbestrahlungen in etwa 75% der Fälle bessere Beweglichkeit des Uterus konstatiert. Die mitunter als bleistiftdick notierten Stränge waren bei späteren Untersuchungen geschwunden oder doch nicht so starr und so stark vorspringend. Der Uterus war bei Bewegungen nicht so empfindlich wie früher. Damit parallel gehend Besserung des Stuhlganges. Zum Teil ist diese Erscheinung wohl mechanisch bedingt, durch Verkleinerung des Myoms, Nachlassen des Zuges, bzw. entgegengesetzten Zug und Ablösung; in anderen Fällen muss man jedoch direkte Einwirkung der Strahlen annehmen. Fraenkel sah auch Lösung peritonealer Verwachsungen bei Bauchfelltuberkulose, bei Zysten; er verweist ferner auf die Erfahrungen von Frank, Schultz bei Narbenkeloiden. Auch bei pleuritischen Schwarten hat er selbst Bestrahlung mit Erfolg angewendet.)

43. Franke, Carl, Über die Anthrakose retroperitonealer Lymphdrüsen und die Möglichkeit direkter Metastasen von den Brustorganen. Zieglers Beitr. z. pathol. Anat. u. allgem. Pathol. Bd. 54. Heft 3. (Siehe Jahresbericht 1912. Direkte Anastomosen zwischen retroperitonealen Drüsen fast bis zur Gabelung der Iliakalgefässe herab mit den Lungenlymphknoten.)

44. — Die Koliinfektion des Harnapparates und deren Therapie. Ergebn. d. Chir. u. Orthop. Bd. 7. p. 671. (Verf. bringt hier neuerdings seine Abbildungen von retroperitonealen Lymphwegen, welche die Anastomosen zwischen Niere und Dickdarm nachweisen.)

45. Frazier, C. H., Mesenterialzysten. Journ. of Amer. med. Assoc. Vol. 56. Nr. 2. p. 97. (44jährige Frau, merkt seit vier Jahren das Wachstum der Zyste. Entfernung mit Resektion einer Dünndarmschlinge. Durchmesser der Zyste 25 cm. Inhalt hämorrhagische Flüssigkeit und Blutgerinnsel. Ätiologisch vielleicht Unfall anzuschuldigen.)

46. Freudenberg, A., Ein elektrisches Becken-Damm-Heizkissen in Badehosenform. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 18. p. 981. (Ausgeführt nach dem System der Firma Heilbrunn-Berlin, mit automatischer Sicherung gegen zu starkes Erwärmen, und der Möglichkeit, die Temperatur durch den Patienten selbst regulieren zu lassen. Gleichzeitig kann man einen Wärmeapparat in die Scheide einlegen.)

47. Friedrich, Demonstration einiger interessanter Myome. Gyn. Ges. Breslau, 29. April. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Heft 1. p. 115. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 34. p. 1269. (Fall 2: Haselnussgrosses echtes Myom des Ligamentum rotundum mit 1 cm langem Stiel. Fall 3: Pflaumengrosses Myom des linken Parametrium, nach vaginaler Totalexstirpation (wegen Myom) konstatiert und ausgeschält. Wahrscheinlich ursprünglich Cervixmyom, welches den Zusammenhang mit dem Mutterboden verloren hat.)
48. Furniss, Henry Dawson, Intraligamentous fibroid causing periodic retention of urine. Amer. Journ. of Obst. Vol. 68. Nr. 2. p. 341. (47 jährige Frau; anfangs nur geringe Kompression, leichte zystitische Beschwerden, später aber zeitweise vollständige Verhaltung; Annahme einer mechanischen Verlegung der Urethra durch ein zweifaustgrosses Myom des rechten Uterushornes.)
49. Gaudier et Gorse, Retroperitoneales Lymphangiom. La Presse méd.
50. Gussakoff, L. A., Retrozervikaler, extraperitonealer Echinococcus als Geburtshindernis. Wratsch. Gaz. Nr. 1. (Russisch.) (H. Jentter.) Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. I. p. 240. (Siehe Jahresbericht 1912. p. 67.)
51. Hasse, Zur Behandlung chronischer Beckenerkrankungen. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 4. p. 133. (Hasse hat die mit Thermophormasse gefüllten Duritbeutel in zwei Grössen herstellen lassen, da die erstarrte Thermophormasse manchmal die Entfernung des Beutels aus der Scheide erschwert hat. Das Verfahren ist wesentlich billiger als die elektrischen Apparate.)
52. Hecker, Hans v., Beitrag zur Bewertung der bakteriologischen Scheidensekret- und Blutuntersuchung für die Diagnose und Prognose puerperaler Infektionen. Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. 19. Heft 1. p. 89. (In der Gruppe: Perimetritis, Parametritis, Salpingitis wurden im Scheidensekret unter 29 Fällen 27 mal (93,1 $^0/_0$) Streptokokken gefunden, darunter 44,5 $^0/_0$ in Reinkultur; viermal Staphylokokken, zehnmal Bact. coli (zweimal Reinkultur), viermal Pseudodiphtherie, einmal Hämophilus; in 13 schwersten Fällen von Sepsis, Pyämie stets Streptokokken, 46,8 $^0/_0$ in Reinkultur. Irgend ein Schluss auf die Schwere der Erkrankung lässt sich jedoch nicht ziehen, da Streptokokken auch bei normalen Wöchnerinnen vorkommen. Die Blutuntersuchung war unter 17 Fällen von Parametritis dreimal positiv. 1. 24. Tag, hohes Fieber; drei Kolonien Streptoc. haemol.; später steril. Vom 42. Tag ab subfebril, vom 66. Tag an fieberfrei. 2. Reihe von Schüttelfrösten, hohes Fieber, 22. Tag. Erste Untersuchung negativ; bei der zweiten, unmittelbar nach einem Frost, drei hämolytische und zehn anhämolytische Streptokokkenkolonien. 3. Dauer 24 Tage. Am vierten Tag bei hohem Fieber zwei hämolytische Streptokokken. In allen drei Fällen keine schweren Allgemeinsymptome. Ein weiterer Fall, als Sepsis geführt, hatte am zehnten Tag 100 hämolytische Streptokokken; am 14. Tag war das Blut steril; drei Tage später nach Schüttelfrost 125 Keime. Später Heilung. Also selten und nur in geringer Zahl Keime im Blut bei Parametritis.)
53. Heller, Josef, Über Tumoren des Ligamentum rotundum uteri. Inaug.-Diss. Berlin.
54. Hellier, John B., A clinical lecture on pelvic cellulitis. Clin. Journ. Vol. 42. Nr. 6. p. 81. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. II. p. 99. (Abbildungen über die wechselnde Lage der Exsudate. Von seltenen Ausbreitungen erwähnt er einen Durchbruch nach dem Gesäss, einen unter dem Leistenbande am Oberschenkel, den Gefässen entlang bis zum Knie. Von den chronischen Infektionen gingen 25 zurück, 27 sind vereitert. Differentialdiagnose gegen Hämatom des Ligamentum latum (plötzlicher Beginn, fieberlos) und Adnextumoren (rundliche, zystische Schwellung, selten bis an die Beckenwand reichend, oft beiderseitig). Behandlung: Umschläge, heisse Duschen, Ichthyol- und Glyzerintampons, Inzision; Serumtherapie ist nutzlos, Heissluftbehandlung hat nur wenig Erfolg.)
55. Hertzler, Arthur E., Pericolic membrane of the broad ligament. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 17. Nr. 1. p. 60. (Bei allgemeiner Erschlaffung bilden sich Varikositäten der Gefässe und Erweiterungen derselben leichter aus. Sogar zur Bildung von wirklichen Membranen kann es kommen, die dann mit entzündlichen Produkten verwechselt werden.)
56. Hirschberg, A., Das Thigenol in der gynäkologischen Therapie. Berl. klin. Wochenschr. p. 597. (Geruchlosigkeit, leichte Resorbierbarkeit. Zur Tamponbehandlung als 20 $^0/_0$ iges Thigenolglyzerin, jeden zweiten Tag, abwechselnd damit Spülung mit ein Esslöffel der Lösung auf einen Liter Wasser. Auch Thigenol-Ovules, oder Tampols. Erfolge bei verschiedenen subakuten und chronischen Entzündungen gelobt. Bei frischer Entzündung und eitrigem Katarrh nicht angezeigt.)

57. Hirschfeld, Fritz, Untersuchung des Nervensystems bei 62 Fällen von Parametritis posterior. Inaug.-Diss. Berlin.
58. Hirt, Retroperitoneales Drüsensarkom. Med. Ges. in Magdeburg. 10. April. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. Nr. 31. p. 1744. (30jährige Frau; Tumor, seit vier Wochen gewachsen, hängt mit dem Uterus zusammen und reicht bis zum Processus xiph. Annahme eines doppelseitigen Ovarialkarzinoms. Laparotomie. Retroperitonealer Tumor; zahlreiche Verwachsungen von Dünndarm, Kolon, Uterus, Blase, Wurmfortsatz. Exstirpation des Tumors, Appendektomie. Relativ gute Rekonvaleszenz.)
59. Hörrmann, Albert, Seltene klinische Erscheinungen einer Beckenbindegewebszyste (Epidermoidzyste). Zentralbl. f. Gyn. Nr. 7. p. 240. (Siehe Jahresbericht 1912. Zur Krankengeschichte ist nachzutragen, dass das Symptom des schubweisen Eiterabganges per vaginam dadurch bedingt war, dass der Tumor den Scheidenkanal mechanisch verlegt hat; also Pyokolpos).
60. Hoffmann, Adolph, Beckenbruch mit Scheidenzerreissung. Greifswalder med. Verein. 8. Febr. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 26. p. 1285. (Neunjähriges Mädchen wird überfahren; das Rad geht zwischen den Beinen durch über das Becken. Blutung. Risse in der Scheide, links bis unter das Bauchfell reichend. Urethra abgerissen; auch an der Kommissur ein Riss. Becken verschoben; Symphyse klafft dreifingerbreit; die rechte Seite steht höher. Tamponade des grossen linksseitigen Risses, Naht der übrigen; elastische Binde; Heilung.)
61. Holl, Moritz, Über einige Faszienverhältnisse in der Fossa ischiorectalis. Arch. f. Anat. u. Physiol., Anat. Abt. Suppl.-Bd. p. 179. (Derry und G. Smith haben angegeben, dass die Art. und Vena pudenda und der Nerv von einer eigenen Fascia lunata eingescheidet sind. Eine solche lässt sich auch tatsächlich darstellen, aber nur als Bestandteil der Fascia obturatoria. Die Fossa ischio-rect. hat einen eigenen Faszienapparat, der Beziehungen hat zu den beiden Faszien des Diaphragma pelvis und zur Mastdarmwand, sowie zur Haut des Bodens der Fossa. Der ganze Raum wird ausserdem durch Septa interadiposa in mehrere Abteilungen geteilt, die in den kranialen Abschnitten grossfächerig sind, in den kaudalen mehr derbe, netzartige Fasermassen und dazwischen kleinballiges Fett enthalten. Die grossen Gefässstämme sind in die Septen eingescheidet. Besonders auffällig ist eine Trennung in frontaler Richtung, zwischen vorderen und hinteren Hämorrhoidalgefässen.)
62. Horwitz, R. E., und N. A. Obolensky, Zur Kasuistik der Riesengeschwülste der weiblichen Geschlechtssphäre. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. (Russ.) Jahrg. 28. Heft 11. p. 1528. (Nur Fall 1 zu erwähnen: 43jährige Patientin; seit vier Jahren Zunahme des Leibes; Atemnot. Laparotomie, da Uterusmyom mit Ovarialzyste angenommen. Harter Tumor, von der hinteren Cervixwand ausgehend, extraperitoneal gelagert. Verwachsung mit der Flexur. Der linke Ureter ist dilatiert. Heilung. Gewicht der Geschwulst 17 kg. Fibrom mit erweiterten Lymphräumen.)
63. Hughes,-Hielscher Helen, Einige Bemerkungen zum Symptom des Kreuzschmerzes. St. Pauls med. Journ. März. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 51. p. 1860. (Kreuzschmerz kommt vor bei Anämie, Neurasthenie, Obstipation, Entzündungen im Harnapparat, in der Genitalsphäre, bei Hämorrhoiden, Ulzerationen und Fissuren im Rektum, Sigmoiditis, Splanchnoptose, Coccycitis. Häufig handelt es sich um rein psychogene Schmerzen.)
64. Imbert et Clément, Deux cas de péricystite d'origine annexielle. Soc. de chir. de Marseille. 20 Mars. La Presse méd. 21 Mai. Nr. 42. p. 420. (In zwei Fällen war ein uteriner Tumor vorgetäuscht worden. Es fanden sich in den Verwachsungen um einen perizystischen Abszess als Ausgangspunkt die Adnexe. Genaueres wird nicht berichtet.)
65. Israel, James, Kindskopfgrosses Lipom, mit der vorderen Bauchwand und Dünndarmschlingen verwachsen, aus dem Ileocökalmesenterium hervorgegangen. Berl. Ges. f. Chir. 28. Juni. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 31. p. 1737.
66. Jaboulay, Totale Hysterektomie auf abdominalem Wege bei Fibrom des Ligamentum latum mit Zerreissung der Blase. Lyon. méd. 1912. Nr. 14. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 5. p. 192. (Beim Herauslösen des Myoms 6 cm langer Blasenriss entstanden. Naht, Heilung.)
67. Jacub, J., Fibrosarcoma ligamenti lati. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 25. p. 931. ($36^1/_2$jährige Frau, drei Geburten und einen (artefiziellen) Abort, da schon in der dritten Schwangerschaft akute Nephritis und Endokarditis. Damals, vor sechs Jahren, kein Tumor nachweisbar. Vor $^1/_2$ Jahr Schmerzen rechts und Fieber. Verdacht auf Appendizitis.

Nach zwei Monaten neuer Anfall, und jetzt wieder Schmerzen, gleichzeitig Genitalblutung. Temperatur 38,3. In der rechten Regio hypogastrica kaum bewegliche, kompakte Geschwulst, bis in Nabelhöhe reichend; mit dem normal grossen Uterus kein Zusammenhang. Rechtes Ovar nicht zu tasten. Vermutlich intraligamentärer Ovarialtumor. Laparotomie. Breite Verwachsungen der Geschwulst mit den Darmschlingen. Nach deren Lösung Tumor noch unbeweglich. Keine Beziehung zu Uterus und Ovar, deutlich Entwickelung im Ligamentum latum. Spaltung des Ligamentes, Ausschälung. Gleichzeitig Abtragung der rechten Adnexe. Heilung. Kein weiterer Bericht. Mikroskopischer Befund: Fibrosarcoma fusocellulare.)

68. Jacquot, C., et C. Fairise, Recherches sur les kystes rétro-péritoneaux d'origine Wolffienne. Kyste Wolffien du mésocolon descendant. Revue de gyn. et de chir. abd. Tome 20. Nr. 6. p. 551. (18jähriges Mädchen, seit einiger Zeit abgemagert, mit Magenbeschwerden und Koliken. Die Ärzte dachten an abgesackte Peritonitis tuberkulosa. Seit einem Tag Ileuserscheinungen. Bei Punktion ist $^1/_2$ Liter hämorrhagischer Flüssigkeit entleert worden. Abdomen in toto ausgedehnt, links stärker. Kollaterale Venen. Rechts tympanitischer Schall, links grosser, glatter Tumor, dem ein kleinerer im Epigastrium aufsitzt. Laparotomie. Grosser zystischer Tumor, zwischen die Blätter des Mesocolon descend. eingelagert, ohne Beziehung zu den Beckenorganen. Oben freie Flüssigkeit aus der Punktionsöffnung. Spaltung des Peritoneums, Ausschälung, wobei die Zyste einreisst. Exstirpation des Sackes. Marsupialisation. Tod am dritten Tag. Peritonitis. Harn- und Genitalapparat ohne Veränderungen. Der Inhalt der Zyste, 4—5 Liter, schokoladefarben, cholesterinhaltig; spezifisches Gewicht 1010, von unangenehmem (Schwefelwasserstoff-) Geruch. Die Innenfläche rauh, zottig, papillär. Als Auskleidung kubisches und Flimmerepithel und Becherzellen. Die bakteriologische Untersuchung ergab Koli- und Streptokokken. Genese: Ein Hämatom ist ausgeschlossen; ebenso eine Chyluszyste, die nur Endothelbelag haben dürfte; dasselbe gilt von Serosazysten. Für ein Enterokystom spricht gar nichts, gegen Teratom der einfache Bau der Wand; ein akzessorisches Ovar ist ausgeschlossen, da sich keine Anhaltspunkte für Ovarialgewebe ergeben haben; es bleibt also nur die Abstammung aus Resten der Urniere.)

68a. Jakub, Myosarkoma des breiten Mutterbandes. Wratsch. Gaz. Nr. 17. Sitzungsber. der geb.-gyn. Ges. zu Moskau. (s. a. 67.) (H. Jentter.)

69. Jaschke, R. Th., Klinische und anatomische Beiträge zur Ätiologie des Genitalprolapses. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 74. Heft 2—3. p. 678. (Verf. wendet gegen Ed. Martins Abbildungen ein, dass man die Bindegewebsmassen nur nach künstlicher Ödemisierung so präparieren kann, wie sie dort dargestellt sind. Auch sei der ganze Bindegewebsapparat wertlos (als Haftapparat), wenn er nicht an der knöchernen Beckenwand fixiert ist. Für den Prolaps kommt nicht das Bindegewebe in Betracht, sondern der Levator.)

70. Jayle, La pelvipéritonite exsudative. Assoc. franç. de chir. 25. Congr. Oct. 1912.

71. Jellett, H., Die chirurgische Behandlung der Beckenthrombose. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 17. Nr. 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 44. p. 1644. (Fünf Fälle. Verf. empfiehlt Exstirpation der thrombosierten Gefässe; Ligatur nur dann, wenn keine Eiterung und keine ausgesprochene Periphlebitis. Am besten ist die Prognose bei Thrombose einer Vena ovarica, viel ungünstiger die der Vena uterina, noch schlechter die der Vena iliaca. Thrombose des unteren Teiles der Vena cava ist ganz infaust.)

72. Jendy, A., Du kyste hydatique rétro-vésical chez l'homme. Thèse Paris.

73. Jensen, Über Nitritintoxikation bei der Injektion der Beckschen Wismutpaste. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 22. p. 1202.

74. Kaerger, Zwei Fälle von retroperitonealen Dermoidzysten. Berl. Ges. f. Chir. 14. Juli. Deutsche med. Wochenschr. 39. Jahrg. Nr. 46. p. 2269. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 29. p. 1372. (Beide bei Männern von 52 und 53 Jahren. 1. Untersuchung vor fünf Wochen wegen Obstipation; dabei wurde über der rechten Leiste die Geschwulst gefunden. Vor 27 Jahren war der rechte kryptorche Hode entfernt worden. Jetzt gänseeigrosse, harte Geschwulst, sehr wenig verschieblich, auch vom Mastdarm aus zu tasten. Extraperitoneale Operation. Es fand sich eine Zyste, fast auf der Teilungsstelle der Iliaka aufsitzend, den Ureter komprimierend. Sie schien so innig mit dem Appendix verwachsen, dass das Peritoneum eröffnet und der Appendix reseziert wurde. Es scheint also eine Zyste des Mesenteriolum gewesen zu sein. 2. Kindskopfgrosse Geschwulst in der rechten Unterbauchgegend, sehr schmerzhaft, fluktuierend, unter dem Poupartschen Bande, welches sie zwerchsackartig einschnürt, herausragend. Sie bestand

schon 2—3 Jahre, war erst langsam, seit einem Jahr rascher gewachsen. Probepunktion ergab dicken Eiter mit Cholesterinkristallen, Staphylokokken und Streptokokken. Fieber. Spaltung. Die Innenwand bildet eine verkalkte Schwarte. Durch einen schmalen Spalt kam man in eine zweifaustgrosse Höhle, welche median vor der Wirbelsäule hinter den grossen Gefässen lag und bis zu den Zwerchfellschenkeln hinauf sich erstreckte. Auch hier die Wand überall mit Kalkplättchen besetzt. Ein Teil der Schwielen wurde entfernt, das übrige ausgekratzt, die Wunde tamponiert. Es blieb nur eine kleine, wenig sezernierende Fistel zurück.)

75. Kaiser, K. F. L., Einfluss der Atembewegungen auf die Bewegung des Blutes in den Beckenvenen. Zeitschr. f. phys. u. diätet. Ther. Bd. 17. Heft 9. p. 538. (Das Verhalten des Bauchdruckes ist wichtiger als die Muskelkontraktionen der Beine und der Gesässgegend. Es gibt verschiedene Atemtypen. Manche Menschen begünstigen durch die Atmung das Abfliessen des Blutes aus den Beckenorganen, andere den aus den unteren Extremitäten; wieder andere fördern die Zirkulation in diesen Gebieten überhaupt nicht.)

76. Kalima, Tauni, Über retroperitoneales Lipom. Finsk. Läkaresällskaps Handlingar. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 1914. Bd. 39. Heft 2. p. 233. Zentralbl. f. Gyn. 1914. Nr. 7. p. 291. Mitteil. a. d. gyn. Klinik Engström. Bd. 10. Heft 3. p. 219. (Der eigene Fall ist ein Myxolipom, welches zweimal rezidiviert ist. 120 Fälle der Literatur. Nur dreimal wurde vor der Operation daran gedacht. Sie stehen genetisch nicht zur Niere, zur Nebenniere oder zum Pankreas in Beziehung. Einteilung in laterale und mediane. Erstere gehen von der Nierenkapsel, letztere vom prävertebralen Fett aus. Schwierige Unterscheidung gegenüber Tumoren des Genitales, der Niere, des Mesenteriums und des Netzes. Die operative Behandlung oft schwierig, wegen der Nähe von Darmgefässen und der Ureteren. Rezidive häufig, Prognose daher unsicher. Die Rezidivtumoren sind häufig Sarkome.)

77. Karewski, Zur Klinik und Diagnose der retroperitonealen Lipome. Berl. Ges. f. Chir. 27. April. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 45. p. 2105. (40jährige Frau, zwei Geburten. Seit $6^1/_2$ Jahren wiederholt Koliken in der Oberbauchgegend, auch Erbrechen; Hyperazidität. Harn normal. Tiefstand von Leber, rechter Niere, Kolon. Während einer Reise plötzlich Gefühl eines Risses in der Oberbauchgegend. Seither Gewichtsabnahme. Auftreibung des Leibes. Leber vergrössert. Keine Ödeme. Kein Aszites. Echinococcus ausgeschlossen. Röntgenologisch Magen und Dünndarm nach links verschoben. Vaginal eine Geschwulst neben dem Uterus zu fühlen. Laparotomie ergibt retroperitoneales Lipom, mit dem Colon ascendens und der Vena cava verwachsen. Exstirpation, Drainage der Wunde. Nach vier Wochen entleert sich ein Abszess. Im weiteren Verlauf Gewichtszunahme. Ausgangspunkt des Tumors wahrscheinlich die Fettkapsel am oberen Pol der rechten Niere.)

78. Knauer, Friedrich, Über einen Fall von Echinococcus im weiblichen Becken. Inaug.-Diss. Leipzig.

79. Kober, C., Zur Lehre der gliomatösen Neuroepitheliome der Steissgegend. Inaug.-Diss. Strassburg.

80. Kohlmann, Joh., Über retroperitoneale Hernien. Ein Fall von Retroperitonealis totalis accreta. Inaug.-Diss. Leipzig.

81. Krall, Dermoid des Mesenterium. Naturw.-med. Verein in Heidelberg. 17. Juni. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 35. p. 1970. (30jähriger Mann. Erscheinungen akuter Appendizitis. Retroperitoneal hinter dem Cökum ein überhühnereigrosses Dermoid mit Haaren, Bindegewebe, osteoidem Gewebe, knochenmarkähnlichen Partien. Genauere Lage zwischen den Mesenterialblättern des Wurmfortsatzes.)

82. Kraus, Emil, Eine Modifikation der Tamponbehandlung. Gyn. Rundschau. Heft 7. p. 174. (Hält sie für wertlos, aber wegen der suggestiven Wirkung nicht für ganz entbehrlich. Verwendet Gazestreifen mit stark verdünnter essigsaurer Tonerde, von welcher er bakterizide, adstringierende Wirkung erwartet.)

83. Krenrich, Johann, Von der Beckenhöhle ausgehender Echinococcussack. Ärztl. Sekt. des Siebenbürg. Museumvereins. 26. Okt. 1912. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 18. p. 693. (Laparotomie, Inzision und Entleerung des mit der Bauchwand verwachsenen Sackes; Exzision eines Teiles der Wand; Vereinigung der bleibenden Ränder, Drainage. Nach $2^1/_2$ Monaten Heilung.)

84. Kröner, Max, Beitrag zur Lehre von der Echinokokkenkrankheit. Inaug.-Diss. Erlangen.

84a. Kusmin, Über Echinococcus der weiblichen Genitalsphäre. Nachrichten der kais. Nikolai-Universität. Bd. 4. (Auf Grund sieben eigener Beobachtungen von primärem und sekundärem Echinococcus der Beckenhöhle hält Kusmin die Diagnosestellung für fast unmöglich, falls nicht in der oberen Hälfte der Bauchhöhle Tumoren erwiesen sind. Möglichst weitgehende operative Behandlung gibt guten Erfolg; allerdings kommen Rezidive vor.) (H. Jentter.)

85. Langes, E., Intraperitoneale Verblutung intra partum infolge von Venenruptur des Uterus. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 15. p. 537. (32jährige IIIpara. Sechs Wochen vor dem Termin treten Wehen auf. Plötzlich heftiger Schmerz, Gefühl innerer Zerreissung. Druckempfindlichkeit des Leibes. Wehen lassen nach. Sieben Stunden später Ohnmacht. Herztöne deutlich. Blasensprengung wegen Verdacht auf Ablösung der Plazenta; Fruchtwasser blutig. Schwache Wehen. Kollaps; Lufthunger. Leichte Dämpfung in der linken Unterbauchgegend. Probepunktion ergibt Blut. Laparotomie. Das Blut kommt in dickem Strom aus einem pfennigstückgrossen Loch der Serosa links hinten an der Seitenkante des Uterus, in der Höhe des inneren Muttermundes. Sectio. Supravaginale Amputation. Nach zwei Stunden Exitus. Histologische Untersuchung ergab keine Veränderung der Venenwand, auch keine sonstigen Teleangiektasien; offenbar ist eine einzelne variköse Vene geplatzt.)

86. Laqueur, A., Zur Anwendung der physikalischen Therapie bei gynäkologischen Erkrankungen. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 74. Heft 1. p. 211. (93 Fälle von chronischen Adnexerkrankungen und parametritischen Exsudaten wurden behandelt. Subjektive Besserung konnte in 81% festgestellt werden, objektive Besserung nur in 42%. Meist allerdings nur 10—15 Sitzungen, bei einzelnen noch weniger. In der ersten Zeit wird trockene Heissluftbehandlung mit dem elektrischen Lichtbügel angewendet, in hartnäckigen Fällen das heisse Sandbad (40—45° C, $^1/_2$—$^3/_4$ Stunden lang); besser sind Fango-Umschläge (40—50° C, täglich eine Stunde), deren Wirkung dem Moor ähnlich ist. Gelegentlich kommen auch bei alten Prozessen Exazerbationen vor. Die Thermopenetration hat Verf. erst kurze Zeit in Verwendung. Ihre schmerzstillende Wirkung ist sehr gut; aber aus der Behandlung der Gelenkerkrankungen weiss Laqueur, dass Schmerzlinderung und Resorptionsförderung nicht immer parallel gehen. In der Behandlung der nervösen Störungen ist Verf. mit den Erfolgen der hydrotherapeutischen Prozeduren, eventuell nach vorheriger Anwendung des Lichtbügels durch 15', zufrieden; bei starken vasomotorischen Erscheinungen Sauerstoff- und Luftperlbäder.)

87. Lauwers, Em., Sarcome à métastases du ligament large associé à un fibrome utérin. Bull. de l'acad. roy. de méd. belgique. 25 Janv. Tome 17. p. 31. La Presse méd. Nr. 21. p. 202. (52jährige Patientin mit grossem Myom des Uterus hat einen kleinen Knoten subkutan zwischen Nabel und Epigastrium, ein Fibrosarkom. Bei der supravaginalen Amputation des Uterus wurde im linken Ligamentum latum ebenfalls ein kleiner, höckeriger Knoten gefunden, der sich mikroskopisch auch als Fibrosarkom erwies, von derselben Struktur wie der Bauchdeckentumor. Tod nach drei Monaten an Lungenmetastasen.)

88. Legrand, Kyste dermoide rétro-rectal; hypertrophie et dilatation du rectum; dilatation avec atrophie du caecum; rein en fer à cheval et hypogénésie du sacrum avec scoliose dorso-lombaire. Soc. d'anat. path. de Bruxelles. 15 Mai. La Presse méd. 18 Juin. Nr. 50. p. 504. (16jähriges Mädchen zeigt neben Rachitis und Tuberkulose diese angeborenen Anomalien. Hufeisenniere mit 3 cm langer, 1 cm dicker Brücke. Zwischen Rektum und Kreuzbein in dichtem Gewebe eine bohnengrosse Höhle mit bräunlich pigmentierter, mit Haaren besetzter Wand. Keine Verbindung mit dem Darm. Trotzdem erinnert der Inhalt an Fäzes. Die mikroskopische Untersuchung lässt Nahrungsreste erkennen. Wirbelsäule: nur vier Lendenwirbel, drei Kreuzwirbel. Möglicherweise hat die Zyste die Entwickelung der Wirbelsäule gehemmt.)

89. Lerda, Guido, Leiomyoma septi urethro-vaginalis. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 74. Heft 2/3. p. 846. (Orangegrosser Tumor der vorderen Scheidenwand, reines Myom, ohne nachweisbare Beziehungen zur Muskulatur der Scheide oder der Urethra. Verf. leitet es vom Müllerschen Gang ab, bemerkt jedoch, dass man auch an den Wolffschen Gang und an die Urethra als Matrix denken muss. Exstirpation, glatte Heilung.)

90. Liepmann, Das Trigonum urogenitale in seiner klinisch-operativen Bedeutung. Berl. klin. Wochenschr. 1912. Nr. 37.

91. Lockyer, Cuthbert, Adenomyoma in the recto-uterine and recto-vaginal septa. Proceed. of the Royal Soc. of London. Sect. Obst. and Gyn. Soc. p. 112. Ref. Zentralbl.

f. d. ges. Gyn. I. p. 474. S. auch Lancet. 184. p. 243. (35jährige Nullipara. Menses seit einem Jahr ausserordentlich stark; starke Schmerzen im Mastdarm, Stuhl erschwert. Im hinteren Scheidengewölbe, zwischen Darm und Uterus, derbe Geschwulstmasse; Mastdarmschleimhaut normal. Exstirpation mit Resektion des Rektum; das untere Ende des Darmes verschlossen, das obere als iliakaler After eingenäht. Histologisch: Fibromuskuläres Gewebe mit spärlichen Drüsenschläuchen; Genese wird vom Wolffschen Gang abgeleitet.)

92. Macnaughton-Jones, H., Case of ganglion Neuroma (partly embryonic in structure) of the mesentery. Proceedings of the Royal Soc. of Med. 1912. Vol. 5. (Obst. and Gyn. Sect.) p. 287. Pathol. Report. by Hubert M. Turnbull. p. 289. (Bei dem 18jährigen Patienten war der Tumor seit dem fünften Lebensjahr schon wiederholt konstatiert worden. Zeitweise hochgradige Obstipation und Übelkeit. Mit 12 Jahren Tuberkulinreaktion positiv. Tumor orangegross. Laparotomie. Tumor von Netz und Darmschlingen bedeckt, im Mesenterium eingebettet, links von der Wirbelsäule. Bei der Ausschälung am oberen Pol starke venöse Blutung. Heilung. Die 15 : 11 : 10 cm grosse Geschwulst besteht aus zwei grösseren und mehreren kleinen, festen, elastischen Knoten (Abbildungen). Ausführlicher histologischer Befund. Diagnose: Neuroma ganglionare sympathicum medullatum et non medullatum, in partibus embryonale et forsitan malignum.)

93. Mader, A. R., Retroperitoneal haematoma as a cause of intestinal obstruction. Canad. med. Assoc. Journ. Vol. 3. Nr. 9. p. 788. Ref. Zentralbl. f. ges. Gyn. III. p. 466. (Hinter Cökum und Colon ascendens gelegenes Hämatom, wahrscheinlich durch Anspiessung eines kleinen Gefässes durch eine verschluckte Gräte entstanden. Drainage, Heilung. Bemerkungen über Entstehung, Diagnose und Behandlung der retroperitonealen Hämatome.)

94. Mansfeld, O., Retrocökaler Tumor als Geburtshindernis. Ungar. ärztl. Ges. 1911. 28. Nov. Ref. Gyn. Rundschau. Heft I. p. 48. (37jährige Frau, letzte Geburt vor sechs Jahren. Im Beginn der jetzigen Schwangerschaft Retentio urinae; auch später Harnbeschwerden. Aufnahme $6^1/_2$ Stunden nach dem Blasensprung. Temperatur 38,2, Puls 126. Kontraktionsring in Nabelhöhe. In der Blase dickflüssiger eitriger Harn. Von der Scheide aus elastisch fluktuierende, ödematöse Resistenz zu tasten. Hinter dem Rektum Tumor. Perforation des Kindes. Wochenbett fieberfrei. Später hat Patientin ausserhalb der Klinik ein Pessar erhalten, weil der Tumor für Prolaps gehalten worden war. Sicher lag er oberhalb des Diaphragma.)

95. Marcinczyk, Georg Adolf, Beitrag zur Klinik und Anatomie der retroperitonealen Myome. Inaug.-Diss. Strassburg.

96. Martin, Eduard, Der Genitalprolaps. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 1914. Bd. 39. Heft 1. p. 96. (Besprechung der seit Erscheinen seines Buches publizierten Arbeiten. Martin sucht speziell die verschiedenen Angriffe gegen die Bedeutung des Beckenbindegewebes zu entkräften. Die Arbeit von Schultz wird nur in ihren Hauptzügen referiert, ohne Stellungnahme.)

97. Mazet, Intraligamentäres Uterusfibrom mit Entfaltung des Mesocolon iliac. und Mesorektum. Lyon. méd. 1912. Nr. 20. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 5. p. 192. (Keine besonderen Beschwerden. Das Fibrom sitzt intraligamentär und hat das Mesokolon und Mesorektum bis tief unter die Douglastasche hinab entfaltet, nimmt das ganze Becken ein. Totalexstirpation, Drainage nach der Scheide.)

98. Mercier, R., Diagnostic d'une kyste hydatique lombaire par les méthodes biologiques. Prov. méd. Nr. 26. p. 131. Ref. Zentralbl. f. ges. Gyn. I. p. 815. (Kindskopfgrosser Tumor der rechten Lendengegend. Ergebnis der Punktion unklar. Wegen ausgesprochener Eosinophilie des Blutes (9%) Verdacht auf Echinococcus. Komplementbindung nach Weinberg (Echinococcusflüssigkeit vom Schaf) positiv, ebenso Präzipitation. Operation. Vereiterte Hydatidenzyste, in toto exstirpiert. Die Eosinophilie schwindet zwei Tage nach der Operation.)

99. Mériel, E., Tumeurs fibro-kystiques iuxta-utérines des deux ligam. larges et myome utérin oedemateux. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. Paris. II. Nr. 4. p. 407. (33jährige Frau leidet seit vier Jahren an Leibschmerzen; seit drei Jahren Periode unregelmässig, seit drei Monaten dauernde Blutungen und hochgradige Anämie. Grosser, wenig beweglicher Tumor im Unterleib, in der Mitte fest, seitlich fluktuierend. Laparotomie. Grosser fibromatöser Tumor, seitlich übergehend in zystische, beiden Lig. latis angelagerte Tumoren, denen Ovar und Tube aufliegen. Subtotale Uterusexstirpation. Gewicht der Tumoren 2500 g.)

100. Moore, J. E., Die Infektion der retroperitonealen Lymphdrüsen. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 15. Nr. 1. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 15. p. 559. (Vier Fälle von retroperitonealer Eiterung, mit Inzision und Drainage behandelt; einmal nach Geburt, einmal nach Abortus; einmal war Ausgangspunkt ein Fussgeschwür, einmal Ursache unbekannt.)
101. Moritz, Manfred, On the nature of the so-called ligaments of Mackenrodt. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 23. p. 135. (Das sog. Ligamentum colli uteri transvers. ist nichts anderes als dichteres Bindegewebe um die Gefässe. Auf Querschnitten durch fixierte Becken sieht man kein abgrenzbares Band, keinen eigenen Kern, kann also nicht von einem Ligament sprechen.)
102. Morrow, F. M., Einige chronisch-entzündliche Beckenerkrankungen. Journ. of the Amer. med. Assoc. Nr. 13. p. 966. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 45. p. 1673. (Parametritis meist auf septische oder gonorrhoische Infektion zurückzuführen. Bei Jungfrauen ist sie oft die Folge einer Infektion vom Darmkanal aus. Diagnose aus dem Palpationsbefund, der Verdickung des paravaginalen Gewebes, der Douglasfalten. Massage ist bei akuten Erkrankungen, besonders Adnexerkrankungen kontraindiziert.)
103. Moser, Retroperitonealer Echinococcus. Ärztl. Bezirksverein zu Zittau. 6. März. Ber. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 17. p. 800. (57jährige Frau fühlt seit 15 Jahren wachsenden Tumor im Leib. Leber nach links verdrängt; die ganze rechte Seite durch einen knochenharten Tumor ausgefüllt, der nur rechts unten Pergamentknittern aufwies. Beide Nieren funktionierten. Laparotomie. Retroperitonealer Echinococcus, unten und rechts leicht abzulösen, riss bei Trennung der Leber ein. Marsupialisation mit Vorlagerung und Abtragung des abgelösten Teiles.)
104. Müllerheim, Robert, Diagnostische Schwierigkeiten bei Abdominaltumoren. Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 74. Heft 1. p. 278. (3. Retroperitoneales Lymphdrüsensarkom. p. 283.) (35jährige Frau, über einen Monat nicht menstruiert, hält sich für schwanger. Uterus vergrössert, weich. Links oberhalb des Fundus klein-faustgrosser Tumor, unbeweglich, höckerig, schmerzhaft, bis in die Gegend des fünften Lendenwirbels reichend. Da vor zwei Wochen plötzlicher Schmerz und Ohnmacht, wird an Ruptur einer tubaren Gravidität gedacht. Laparotomie. Links von der Wirbelsäule ein fast faustgrosser Tumor, aus mehreren walnussgrossen Knollen und Blutzysten bestehend. Uterus gravid. Darm mit dem Tumor verwachsen. Starke Blutung bei Lösung der Adhäsionen. Unterbindung mehrerer Mesenterialgefässe. Colon descendens kann glatt nach der Mitte abgeschoben werden. Tumor sehr morsch. Exstirpation. Das Wundbett reicht bis auf den Musc. psoas. Drainage durch die Bauchwunde. Nach drei Monaten spontaner Abortus. Nach $^3/_4$ Jahren Rezidiv, nach 14 Monaten Tod an multiplen Metastasen. Keine Sektion. Diagnose war erst bei der Operation gestellt worden. Verf. glaubt, dass durch Darmaufblähung, Röntgenaufnahme etc. die Diagnose kaum hätte besser gestellt werden können. 4. Dystopie der Niere. Diagnostische Hilfsmittel sind: Palpation der platten Form und fixierten Lage, der ungefähren Grösse der Niere; Prädilektionsstelle links, in der Kreuzbeinhöhle oder nahe dem Promontorium, die fest-teigige Konsistenz, fehlende Druckempfindlichkeit (ausser bei sekundärer Erkrankung), das Tasten des Hilus und der Gefässe an der Vorderfläche. Ferner die vorübergehende palpatorische Albuminurie, Messung der Ureteren, Röntgenaufnahme der Ureteren, Pyelographie mit Kollargolfüllung. Eine eigene Beobachtung, wegen Dysmenorrhoe in Behandlung. Bei der Kystoskopie fand sich das Trigonum Lieutaudii schief, asymmetrisch, der linke Ureter zystisch vorgewölbt.)
105. Murphy, J. B., Infektion des Beckenbindegewebes post partum. Jahresversamml. der Amer. med. Assoc. in Minneapolis. 10.—20. Juni. New York. med. Journ. Vol. 97. Nr. 26. p. 1366. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 37. p. 1363. (Behandlung nach chirurgischen Grundsätzen. Spaltung von Abszessen sobald als möglich.)
106. Murray, Dreuman, A specimen of chronic parametritis with double Hydronephrosis. Edinb. Obst. Soc. July 9. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 24. Nr. 2. p. 125. (Beiderseitige Parametritis; bei Schrumpfung des Exsudates Kompression der Ureteren.)
107. Ninot-Wuyts, Présentation d'une tumeur du mésentère. Soc. belge d'obst. et de gyn. 24 Févr. 1912. Bull. de la soc. belge de gyn. et d'obst. Tome 22. Nr. 5. p. 118.
108. Nitze, Eine neue, zweckmässige Tamponbehandlung. Deutsche med. Wochenschr. 1912. Nr. 45.
108a. Novaro, Nicola, Cisti dermoidi del canale inguinale. Rivista osped. Vol. 3. Nr. 20. p. 893. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. Bd. 4. Heft 2. p. 76. (Der Tumor wuchs in drei

Monaten von Hirsekorn- zu Mandarinengrösse und machte Schmerzen. Annahme einer Hydrocele feminina. Operation. 13 Fälle aus der Literatur. Stets Fehldiagnose. (Genese nicht klar, wahrscheinlich Beziehung zu den Wolffschen Gängen.)

108b. Oldekop, Ein Fall von rechtsseitigem, intraligamentärem, lymphangiektatischem Riesenmyom. Journ. akusch. i shensk. bolesn. Sitzungsber. der geb.-gyn. Ges. zu St. Petersburg. (Exstirpation per laparotomiam. Heilung. Der Tumor wog 7,7 kg.) (H. Jentter.)

109. Olliver, J., Grosses intraligamentäres Kystom der einen und Dermoidzyste der anderen Seite. Brit. med. Journ. Febr. 15. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 26. p. 979. (35jährige Nullipara. Vom Becken bis zur untersten Rippe links ein fluktuierender Tumor. Cervix sehr hoch. Im rechten Scheidengewölbe ein kleinerer Tumor. Operation. Links intraligamentäre Parovarialzyste, rechts orangegrosses Dermoid, mit Knochen, Haaren, Talgdrüsen.)

110. Orthner, Franz, Zur Kasuistik der Pfählungsverletzungen. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 2. p. 53. (19jährige Magd stürzt 2 m hoch herab und spiesst sich auf den Stiel einer Heugabel. 10 Stunden später Temperatur 38,3, Puls 124, Meteorismus, Empfindlichkeit des Abdomens, weder Stuhl noch Winde; Brechreiz. Am Anus blutende Einrisse. An der vorderen Mastdarmwand ein Loch, mit dem Finger eben erreichbar. Dasselbe wird mit Spekulum eingestellt, unter niederem Druck mit Kochsalz der Douglas gespült und ein Gazestreifen eingelegt. Opium und Eisblase. Erst nahm der Meteorismus zu; Puls sehr schnell. Vom vierten Tage an Abnahme des Meteorismus, gleichzeitig Bradykardie. Der Streifen wird gekürzt, am sechsten Tag ganz entfernt. Verlauf glatt. Am sechsten Tag Stuhl. Später noch dreimal Spülung der Wundhöhle. Das Exsudat im Douglas verkleinert sich. Verf. schliesst daran eine Bemerkung über moderne, zu weit gehende operative Behandlung solcher Verletzungen.)

111. Page, Y., Des kystes hydatiques pelviens chez la femme. Thèse de Paris.

111a. Palmowski, Franz, Über Mesenterialzysten. Inaug.-Diss. Leipzig.

112. Parin, Wasili, Beitrag zur Kenntnis der angeborenen präsakral sitzenden Geschwülste. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 23. Heft 5—6. p. 584. (Bei der 20jährigen Patientin waren auf der seit der Geburt bestehenden Geschwulst der Kreuzsteissbeingegend vor zehn Jahren Fisteln aufgetreten. Bei der rektalen Untersuchung fand sich ein retrorektaler Tumor im Becken, der durch die Fistel seinen Inhalt entleerte. Operation von unten. Heilung. Mikroskopisch Derivate aller Keimblätter, also Teratom [besser Embryom].)

113. Paterson, Peter, A neuroma-myoma of the mesentery. Lancet. II. Nr. 14. p. 997. (Neunjähriger Knabe; fünf Monate nach einer Appendizitisoperation Schmerzanfälle alle 7—10 Tage, mit Erbrechen und Obstipation. Laparotomie. Mitten im Mesenterium des Dünndarmes ein 6 : 4 cm grosser Tumor, leicht auszuschälen. Heilung. Der Tumor besteht aus markhaltigen Nervenfasern und vereinzelten Ganglienzellen, in der Peripherie aus glatten Muskelfasern. Ein derartiger Mischtumor scheint bisher noch nicht beobachtet zu sein.)

114. Pausot, H., Hämatocele im Ligamentum latum, durch Ruptur einer tubaren Schwangerschaft. Revue prat. d'obst. et de paed. 26. Jahrg. p. 286. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 34. p. 1284. (Vier Fälle von Hämatom des Ligamentum latum, drei sicher, einer wahrscheinlich durch Ruptur entstanden. Drei gingen von selbst zurück (Beweis, dass es Hämatome sind und nicht Hämatocelen? Ref.), in einem Falle Operation. Therapeutische Grundsätze: Zunächst abwarten, da meist rasche Resorption. Sonst Ausräumung, Resektion, eventuell Drainage nach der Scheide.)

115. Pellegrini, Augusto, Fibromioma voluminoso extraperitoneale del collo dell' utero con sintomatologia orinaria. La ginecologia. April. Nr. 7. p. 203. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. III. Bd. Heft 5. p. 220. (2200 g schweres, hartes Cervixmyom mit Verdrängung der Blase und der Ureteren. Um Verletzung der Blase zu vermeiden, muss man in solchen Fällen die Bauchhöhle hoch oben eröffnen, die Blase sorgfältig stumpf vom Tumor ablösen; um Läsion der Ureteren zu vermeiden, löst man den Tumor aus seiner Kapsel.)

116. Pestalozza, E., Contributo allo studio dei tumori solidi nel mesentere nella donna. Tumori. Jahrg. 2. Nr. 5. p. 608. (Mesenterialfibrom einer 34jährigen Frau, unter Amenorrhoe rasch gewachsen, erst für den schwangeren Uterus gehalten. Wesentlich im Bereich des Ileum entstanden, so dass dieses in grosser Ausdehnung reseziert werden musste. Heilung. 27 ähnliche Fälle aus der Literatur. Fast durchwegs waren es Fibrome mit myxomatöser Degeneration. Meist werden sie im postpuerperalen Zu-

stande gefunden. Sie entstehen etwa in Nabelhöhe, meist rechts, wachsen aber sehr rasch und sinken bald ins Becken herab, wo sie neben dem Uterus liegen. Amenorrhoe ist häufig.)

117. Peters, Hermine, Über Ganglioneurome. Ärztl. Verein in Brünn. 9. Dez. 1912. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 5. p. 200. Wiener med. Wochenschr. Nr. 12. p. 767.

118. — Zur Kenntnis der Ganglioneurome. Frankfurter Zeitschr. f. Path. Bd. 13. Heft 1. (Bei 3½jährigem Knaben rechts von der Wirbelsäule 6 kg schwerer retroperitonealer Tumor. Niere nach oben verdrängt und abgeplattet, Nebenniere intakt. Mikroskopisch: Gliagewebe, markhaltige und marklose Nervenfasern und Ganglienzellen. Daneben zahlreiche andere Zellformen, bis zu lymphozytenähnlichen, welche als Sympathikusbildungszellen aufgefasst werden. Offenbar hochdifferenzierte Form von Sympathikusblastom.)

119. Pettis, John H., A case of neoplasm of the remains of the Wolffian body simulating hypernephroma. Physician and Surg. Vol. 35. Nr. 1. p. 27. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. Bd. 3. p. 368. (39jährige Frau, links Tumor in der Nierengegend; Leber gross, schmerzhaft. Laparotomie. In der Leber Metastasen. Der Tumor links imponiert als Hypernephrom, hat mit verändertem Blut gefüllte Zysten. Die mikroskopische Untersuchung ergibt eine teratoide Zyste des Wolffschen Körpers, in der gewisse Partien den Übergang zum Adenokarzinom zeigen. Also anscheinend primäres Karzinom des Wolffschen Körpers oder Ganges. Die Metastasen der Leber zum Teil medulläres, zum Teil Adenokarzinom.)

120. Pezzini, F. G., Caso di cisti chilosa del mesentere. Milano 1912.

121. Pfoerntner, Hans, Über Pfählungsverletzung des Rektum mit Eröffnung der Bauchhöhle und ihre Behandlung. Inaug.-Diss. Greifswald 1912.

122. Pozzi, Périmétro-salpingite et phlegmon du ligament large. Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. Nr. 4.

123. Princetau, Fibrome de la cloison recto-vaginale. Journ. de méd. de Bordeaux. Févr.

124. Proust, R., und Raone Monod, Beitrag zum Studium der Mesenterialzysten, speziell der Chyluszysten. Revue de gyn. 1912. Nr. 3. p. 295. (67jährige Frau; Annahme einer Ovarialzyste. Es findet sich eine Chyluszyste, die mit Darmresektion entfernt wird. Genetisch unterscheidet man Zysten aus embryonalen Resten, aus dem Lymphapparat und aus Serosa. Zur ersten Gruppe gehören die Enterokystome (Darm, Meckelsches Divertikel), Zysten des Wolffschen Ganges und Dermoide. Die Lymphzysten können einfach oder chylös sein. Therapie: Enukleation, oder gleichzeitig Resektion des Darmes.)

125. Purslow, C. E., Solid tumour of ovary and broad ligament cyst. Proceeding of the Roy. Soc. of Med. Vol. 6. Nr. 8. p. 261. (Fibrom des Ovariums; auf der anderen Seite grosse Zyste, die bis zum Schwertfortsatz reicht.)

125a. Rapp, L., Fall von retroperitonealem Ganglioneurom. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 87. Heft 3. (Vierjähriges Kind. Exstirpation gelingt nicht vollständig. Ausgangspunkt wahrscheinlich der Grenzstrang des Sympathikus.)

126. Raspini, M., Sull adenomyositi dell' utero e dell retto. Ginecologia. 9. Heft 19. p. 577. (36jährige Frau. Ein Abortus. Zwischen Uterus und Rektum unverschieblicher Tumor. Adnexe und Rektum selbst normal. Es wird ein maligner Tumor angenommen, Uterus samt Tumor entfernt. Mikroskopisch typisches Bild, zahlreiche Hohlräume mit Zylinderepithel. Eingehende Beschreibung. Genese wahrscheinlich entzündlich, chronische Pelveoperitonitis. Doch ist die Herkunft von den Müllerschen Gängen nicht sicher auszuschliessen. Diagnose kaum möglich. Die Fälle scheinen nicht so selten zu sein. Verf. rät operative Entfernung.)

127. Reinhardt, Adolf, Phlebektasien und Varizen des Nervus ischiadicus. Frankf. Zeitschr. f. Path. Bd. 13. Heft 3. p. 353.

128. Roemer, R., Fall von Haematoma vaginae et vulvae mit nachfolgendem Verblutungstod. Zentralbl. f. Gyn. p. 131. (Kindskopfgrosses Hämatom, nach spontaner Geburt entstanden, ist bei der Überführung geborsten; schwere Blutung; nach einigen Stunden Tod.)

129. Rosenfeld, Spindelzellensarkom des linken Ligamentum latum. Bayr. Gyn. Ges. 9. Febr. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. Heft 6. p. 855. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 20. p. 728. (Überkürbisgrosse Geschwulst, ganz retroperitoneal entwickelt. Operation sehr schwierig. Patientin starb am Schock in der ersten Nacht. Ausgangspunkt entweder Reste der Urniere oder Fasern des Ligaments.)

130. Rosenstein, Über ein Adenom des hinteren Scheidengewölbes bei Erhaltung des Wolff-Gartnerschen Ganges. Gyn. Ges. Breslau. 26. Nov. 1912. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 14. p. 497. (1. 42jährige IIIpara; letzte Geburt vor 16 Jahren. Fast ununterbrochene Blutung seit einem Jahr. Uterus vergrössert; hinter ihm in der Scheide ein walnussgrosser, harter, höckeriger, mit zwei kleinen, blutenden Polypen versehener Tumor. Vaginale Exstirpation des Uterus und des Tumors, soweit dies ohne Verletzung des Rektums möglich ist. Heilung bis auf eine Höhle im Scheidengrunde, die sich trotz vielfacher Lapisätzungen auch nach einem halben Jahr noch nicht geschlossen hatte. Am Präparat in der Kollumwand der Wolffsche Gang, der sich nach der Portio zu verzweigt und hier und im hinteren Scheidengewölbe zahlreiche drüsige Räume bildet. Die Scheidenschleimhaut an einigen Stellen durchbrochen, so dass dort Polypen heraustreten. Also ein Adenom des Wolffschen Ganges, eine geschwulstartige Missbildung. Keine entzündlichen Prozesse. 2. 33jährige Frau, im dritten Monat gravid. Kleinpflaumengrosser Tumor links und hinter dem Uterus. Probeexzision. In decidualem Stroma vielfache Hohlräume, die zum Teil mit Endothel, zum Teil mit kubischem Epithel ausgekleidet sind. Wahrscheinlich erweiterte Lymphräume. Bezüglich der Genese bemerkt Rosenstein, dass die Mehrzahl der Autoren mit R. Meyer entzündlichen Ursprung annimmt. Es sind aber sichere Fälle embryonaler Abstammung bekannt.)

131. — Demonstration von Uterusmyomen. Drei retrozervikale und ein antezervikales Myom. Gyn. Ges. Breslau. 26. Nov. 1912. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 14. p. 502. (Bemerkenswert ein grosses Cervixmyom bei 20jährigem Mädchen, Urinbeschwerden; ferner bei 42jähriger Nullipara, mit starker Verziehung der Blase, welche beim Abschieben einreisst. Das antezervikale (Blasenbeschwerden, zeitweise Ischurie) ins rechte Ligament eingewachsen, bei 51jähriger, seit einem Jahr in der Menopause befindlicher Frau.)

132. Rost, Welches ist der wirksame Bestandteil der Beckschen Wismutpaste? Münchn. med. Wochenschr. Nr. 41. (Das wichtigste ist der Gehalt an gelbem Vaselin. Das weisse ist wirkungslos.)

133. Routier, Kystes hydatiques du petit bassin. Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris. Tome 39. Nr. 25. p. 1039. (Zwei Fälle von Leberechinokokken mit zahlreichen Metastasen im kleinen Becken; Operation, Heilung. Zysten zum Teil entfernt, zum Teil eröffnet und nach Auswaschen mit Formol wieder geschlossen.)

134. Ruffing, Hans, Zwei Fälle von operativ behandelten Mesenterialzysten. Inaug.-Diss. Strassburg.

135. Sawicki, Br., Meningocele sacralis anterior. Przeglad. chir. i gin. Bd. 9. Heft 2. p. 129. (Polnisch.) Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. Bd. 3. Heft 10. p. 417. (26jährige Frau; ein Abortus, eine Spontangeburt, einmal Querlage, Wendung. Hochgradige Obstipation; seit der letzten Geburt bandartige Fäzes. Im Beginn der jetzigen Schwangerschaft nimmt die Obstipation noch zu. Präsakraler Tumor, bis in den Beckenausgang reichend, nach oben drei Finger über die Symphyse. Fluktuation. Man dachte an Meningocele. Punktion verweigert. Bei der Geburt Wendung, Extraktion; das asphyktische Kind wird wiederbelebt. Kind auch obstipiert, stirbt bald. Nach sieben Wochen verlangt Patientin selbst Operation. Röntgenbild zeigt Defekt am dritten und vierten Kreuzwirbel. Punktion ergibt Cholesterinkristalle in der Zyste und Dermoidinhalt. Bei der Operation fand sich auch tatsächlich eine Dermoidzyste und eine oberhalb derselben liegende Meningocele sacr. anter., mit dem Wirbelkanal kommunizierend. Abtragung. Fieberhafter Verlauf, Heilung.)

136. Scheffzek, Zur Sectio extraperitonealis. Gyn. Ges. Breslau. 4. März. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. Heft 6. p. 880. (Die Frau war nur in der Klinik einmal untersucht worden, starb am sechsten Tag an einer Phlegmone, welche bis zur Niere hinaufreichte. Keine Peritonitis.)

137. Scherer, Retroperitonealer Tumor. Gyn. Ges. in Budapest. 22. April. Orvosi Hetilap. Gyn. 2. (Temesváry.) Zentralbl. f. Gyn. Nr. 32. p. 1204. (40jährige Frau. Zwischen den beiden Platten des Ligamentum latum, ohne Zusammenhang mit Uterus und Ovarien, ein 20,5 : 18 : 9,5 cm grosses, myxomatös degeneriertes Fibrom.)

138. Schiffmann, Blutung ins Nierenlager. Gyn. Ges. Wien. 13. Febr. 1912. Gyn. Rundschau. Heft 2. p. 88. (Kein Bericht. In der Diskussion erwähnt Schauta einen Fall bei einer Schwangeren: im neunten Monat Sturz durch eine Kellertür. Grosser Tumor. Beim Katheterismus geht reines Blut ab. Es wird ein Bluttumor der rechten Niere angenommen. Spaltung von der Lendengegend aus. Die Niere hat ihre Funktion

behalten. Geburt am normalen Ende. Auch Waldstein verweist auf einen 1902 beschriebenen Fall.)

139. Schklowsky, Zur Frage der Histogenese der quergestreiften Muskulatur in den weiblichen Geschlechtsorganen. Journ. akusch. i shensk. bolesn. 1912. Jan. (Siehe Jahresbericht 1912. I. p. 453.)

140. Schmorl, G., Generalisierte Aktinomykose bei einem 14jährigen Knaben. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 30. p. 1684. (Primärer Herd in den Lungen. Zahlreiche Fistelgänge nach der Oberfläche des Thorax. Einwucherung in den rechten und linken Vorhof. Von hier aus disseminierte Aktinomykose aller Organe.)

141. Schoute, D., Prävesikale Einspritzung von Kochsalzlösung. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. I. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 38. p. 2140. (Bei 25 Operationen wurde das Resultat nachgeprüft. Injektion eine Stunde vorher. Meist bleibt die Flüssigkeit in einem Raum hinter den Bauchmuskeln, der gegen die Bauchhöhle zu vorgebuchtet wird. Mit der Blase hat derselbe nichts zu tun. Einige Male war die Lösung auch in die Peritonealhöhle gelangt.)

142. Schultz, Th., Beckenboden und Prolaps. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Heft 6. p. 681. (Verf. steht auf dem Standpunkt, dass der Levator das wesentliche Moment ist; doch ist der Hiatus desselben nicht ein Spalt, sondern ein ovales Loch. Der Verschluss wird in der Weise bewirkt, dass die Levatorplatte gehoben und gleichzeitig durch die Levatorschenkel nach vorne gezogen wird. Damit ist entschieden ein wichtiger, bisher kaum beachteter Punkt aus der Physiologie der Beckenbodenmuskulatur betont. Ref.)

143. Schwarzbach, Dermoidgeschwulst. Med. Verein Greifswald. 25. Jan. Deutsche med. Wochenschr. p. 676. (Die eine davon war intraligamentär.)

144. Schwarzwald, R. Th., Seitliche Naht an der Arteria iliaca dextra. Ges. d. Ärzte Wien. 21. Febr. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 9. p. 356. (Bei 12jährigem Knaben wurde nach Appendixoperation ein kleinfingerdickes Gummidrainrohr nebst Streifen eingelegt. Nach fünf Tagen plötzlich enorme Blutung. Manuelle Kompression. Sofortige Operation. Es fand sich ein $1^1/_2$ cm langer, leicht klaffender Längsriss an der Art. il. Offenbar war durch Dekubitalnekrose mit Entzündung eine Gefässwandschädigung gesetzt worden, welche dem Blutdruck nicht mehr Widerstand leistete. Seitliche Gefässnaht. Es folgte partielle Gangrän einiger Zehen, die jedoch stationär blieb. In der dritten Woche wegen Adhäsionsileus Relaparotomie, welcher der Kranke erlag. Nahtstelle dicht, an der Innenwand ein wandständiger, nach beiden Seiten sich verjüngender Thrombus; Gefässlumen durchgängig. In der Diskussion betont v. Eiselsberg, dass er sich gerade wegen der Möglichkeit von Arrosionsblutungen bisher noch nicht entschliessen konnte, die grossen Glasdrains einzuführen.)

145. Seeligmann, Ovarialsarkom. Ärztl. Verein in Hamburg. 11. Febr. Münchn. med. Wochenschr. p. 436. (Vor $1^1/_2$ Jahren Entfernung eines 10 Pfund schweren intraligamentären Ovarialsarkoms bei 24jähriger Frau. Jetzt rapid wachsendes Rezidiv. Probelaparotomie ergab einen von den Lymphknoten ausgehenden retroperitonealen Tumor. Behandlung mit Arsazetin und Röntgenstrahlen brachte den Tumor zum Schwinden.)

146. Sensert, L., Beitrag zur Behandlung der tubo-ovariellen Varikocele. Revue mens. de gyn. et d'obst. et de péd. 1912. Nr. 7. (Es gibt eine idiopathische Varikocele des Ligamentum latum ohne Erkrankung der Adnexe. Die Entfernung der Adnexe ist in solchen Fällen nicht nötig. Es genügt die Resektion der Venen nach Spaltung der Serosa. Durch Aneinanderbinden der Gefässenden werden die Ligamente selbst verkürzt.)

147. Skutsch, Dermoidzyste im Beckenbindegewebe. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Leipzig. 20. Okt. Zentralbl. f. Gyn. 1914. Nr. 3. p. 131. (34jährige Frau; vier Geburten, letzte vor vier Jahren. Seitdem Gefühl von Senkung, Rückenschmerzen, Druck auf den Mastdarm. Im hinteren Scheidengewölbe pralle, rundliche, faustgrosse Geschwulst, nach dem Ergebnis der rektalen Untersuchung hinter dem Rektum gelegen. Es wird eine Dermoidzyste des Beckenbindegewebes angenommen. Seitliche Perineotomie, 10 cm lang, stumpfes Vordringen im Cavum ischiorectale und zwischen den Fasern des Levator ani. Zunächst schien es nicht möglich, den Tumor zu erreichen; schliesslich gelang dies doch. Bei Punktion mit dicker Kanüle floss charakteristischer Brei ab. Jetzt liess sich der untere Pol fassen; unter Zug konnte die ganze Zyste ausgeschält werden. Gazestreifen eingenäht. Hautnaht. Heilung. Die Genese solcher einfacher Dermoidzysten ist noch strittig.)

148. Smith, Joseph T., The prognostic value of the leucocyte count in pelvic suppurative conditions. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 16. p. 403. (Untersuchungen an 100 eitrigen Beckenerkrankungen. Ungünstiger Ausgang bei Zahlen über 14 000 viel häufiger als bei kleineren. Die Zahlen haben zwar nur Wert bei entsprechender Berücksichtigung der klinischen Symptome, können aber dann unter Umständen wichtiger sein als Temperatur und Puls.)

149. Somers, George B., and F. E. Blaisdell, The anatomy and surgical utility of sacrouterine ligaments. Journ. of the Amer. med. Assoc. Vol. 61. Nr. 14. p. 1247. (Durch Bovée ist die Aufmerksamkeit der Operateure mehr auf die Sakro-uterin-Ligamente gelenkt worden. Die Verf. haben die Ligamente in umfassender Weise vergleichend-anatomisch studiert und bringen hier eine kurze Übersicht über ihre Resultate. Bei Vierfüsslern mit horizontalem Rumpf ist der Uterus lang und dünn; die Haltebänder sind dünn, haben nur wenig Muskulatur. Am Boden des Douglas finden sich zwei Peritonealblätter zwischen Rektum und Vagina, nicht aber bis zum Kreuzbein. Bei aufrecht stehenden Affen und beim Menschen werden die Ligamente dicker und ziehen zum Kreuzbein. Sie haben hier die Bedeutung eines Levator uteri, bestehen aus fibrösem und elastischen Gewebe und Muskulatur. Ein Teil des Bandes geht an die kaudalen Abschnitte der Cervix und an den Fornix vaginae (Ligamentum plico-vaginale). Diese Befunde sprechen für die operative Verwendung der Ligamente beim Prolaps.)

150. Sonntag, Erich, Beitrag zur Serumdiagnostik der Echinokokkeninfektion mittelst der Komplementbindungsmethode. Beitr. z. klin. Chir. 1912. Bd. 82. Heft 2. (In zwei Fällen Reaktion positiv; in 100 anderen Fällen, darunter 20 luetischen, negativ. Gruppenreaktion in zwei Fällen von Taenia sagin. nicht nachweisbar. Als Antigen diente Zystenflüssigkeit von Organen erkrankter Tiere. Eventuell müssen mehrere Antigene geprüft werden. Alkoholextrakt von der Zystenwand kann nur bedingte Verwendung finden.)

151. Southard, E. E., and Myrtelle M. Canavan, Bacterial invasion of blood and cerebrospinal fluid by way of lymph-nodes, findings in lymph-nodes draining the pelvis. Journ. of Amer. med. Assoc. Vol. 61. Nr. 17. p. 1526. Ref. Zentralbl. f. ges. Gyn. Bd. 3. p. 653. (Bei Leichen lassen sich aus dem Liquor mehr Kulturen züchten als aus dem Herzblut (72 % gegen 68 %). Auf beiden Seiten bestehen innige Beziehungen zu den Lymphknoten des Beckens und des Mesenterium. In 20 von den 25 untersuchten Fällen handelte es sich um entzündliche Beckenerkrankungen. Ob die Invasion zu Lebzeiten oder nach dem Tode erfolgt, kann nicht entschieden werden. Es scheint, dass die Beckenlymphknoten in der Regel grössere Mengen von Bakterien enthalten. Ob sie stärker bakterizid wirken als andere, lässt sich nicht sagen. Jedenfalls ist aber auf dieser Bahn ein Keimtransport möglich.)

152. Staudinger, E., Die Lipome des kleinen Beckens in ihrer Beziehung zum Ligamentum rotundum. Inaug.-Diss. München. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 45. p. 1672. (Fünf Fälle aus der Literatur und ein eigener. X para, klagt bei Anstrengung über Schmerz links. Daselbst ein vom senilen Uterus abgrenzbarer, derber, kleinkindskopfgrosser, verschieblicher Tumor, bis an die Beckenwand reichend. Laparotomie. Uterus und Adnexe frei. Extraperitoneal ein nierenförmiger, faustgrosser Tumor zwischen den Blättern des Ligamentum latum. Grösse 12 : 8 : 3 cm. Mikroskopisch Fettgewebe. Genese noch unbekannt. Keine Beziehung zum Ligamentum rotundum.)

153. Steidl, Karl, Zur Kasuistik der primären, desmoiden Tumoren des Ligamentum rotundum. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 74. Heft 1. p. 386. (41 jährige Frau mit drei Geburten; letzte vor sechs Jahren. Seit zwei Jahren Dysmenorrhoe. Dickerwerden des Leibes, besonders Anschwellen bei der Periode. Letztere verstärkt. Seit $1^1/_2$ Jahren Harndrang. Bis über den Nabel reichender medianer Tumor. Bei der Laparotomie erweist sich derselbe als präperitoneal. Von der unteren Kuppe geht ein federkieldicker Strang nach dem inneren Leistenring (Beschreibung etwas unklar). Gewicht des Tumors 2680 g. Fibromyxom.)

154. Stemmelen, H., Ein Adenomyom des Septum recto-vaginale. Inaug.-Diss. Strassburg.

155. Stephan, Siegfried, Intraperitonealer Verblutungstod sub partu aus einem Varixknoten an der Uteruskante. Gyn. Rundschau. VII. Heft 18. p. 657. (26 jährige Erstschwangere, ohne bekannte Ursache kollabiert, hochgradig anämisch. Kein Fieber. Annahme einer Blutung. Zunächst vaginale Sectio, dann Laparotomie, 12 Stunden nach dem Auftreten der ersten Symptome. Nach Absuchen der ganzen Bauchhöhle

fand sich an der rechten Uteruskante am Übergang ins Ligament ein geborstener Varixknoten, aus dem noch etwas Blut heraussickerte. Umstechung. Nach $^1/_2$ Stunde Tod.)

156. Strassmann, Ein durch Geschwulst des Ausganges verengtes Becken. Retrorektaler Tumor, von der Luschkaschen Steissdrüse ausgehend. Gyn. Kongr. Halle. (Demonstration.)

157. Strauss, F., Über Zirkulationsstörungen an der unteren Extremität durch Unterbindung der Arteria iliaca com. und der Arteria iliaca externa. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 86. p. 395. (Trotz der jetzt schon geübten direkten Gefässnaht ist die Unterbindung doch noch öfter nötig. Halstead hat 1912 gezeigt, dass Gangrän nach Ligatur der Art. lig. comm. unter 30 Fällen 12 mal = in 40%, eingetreten ist; aber es waren stets Komplikationen vorhanden, welche dieselbe erklärten. An sich ist die Ligatur kein so folgenschwerer Eingriff. Eigener Fall von Ligatur der Art. il. ext. bei einem 70jährigen Mann, nach Verletzung derselben bei einer Bassinioperation. Gangrän zweier Zehen. Literatur bei Tillmanns, Rabe, Delbet; Wolff 1908 fand unter 11 Fällen nur einmal Gangrän bis zum Knöchel. Die Ligatur der Art. il. ext. allein ist also entschieden ungefährlicher, da Gangrän nach Ligatur der Commun. in der aseptischen Ära doch noch 2—3 mal beobachtet worden ist.)

158. Taft, Charles E., und H. G. Jarvis, Retroperitoneal sarcoma with recovery; a case, report. Amer. Journ. of Surg. Nr. 7. p. 271. (Grosser Tumor von der rechten Spina ilei bis zum Rippenbogen, mit der rechten Niere verwachsen, aber nicht von ihr ausgehend. Schwierige Auslösung. Mikroskopisch: Spindelzellensarkom.)

159. Tixier et Jalifier, Enormes fibromes sous-séreux m. pseudofluctuants avec pseudokystes. Soc. des scienc. méd. de Lyon. 23 Mai 1912. Lyon. méd. 1912. II. p. 444.

160. Treon, Frederik, Pelvic cellulitis. Journ. Lancet. Vol. 33. Nr. 7. p. 198. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. II. Bd. p. 100.

161. Tymieniecki, Frau nach Symphysenvereiterung. (Polnisch.) Ref. Gyn. Rundschau. Heft 1. p. 35. (Zwei Wochen vor der Geburt Schlag gegen den Unterbauch. Schmerzen, Unfähigkeit zu gehen. Eröffnung eines Abszesses, da im Wochenbett Fieber bis 40°. Symphyse klafft zweifingerbreit.)

161a. Uchida, T., Über retroperitoneale Tumoren. Inaug.-Diss. München 1912. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1914. Nr. 7. p. 290. (Pathologie, Klinik und Therapie; zahlreiche Beispiele aus der Literatur. Eigener Fall: 38jährige IVpara, hat seit einem Jahr die Geschwulst. Laparotomie: Rechtsseitiger, lateraler, retroperitonealer Tumor, 3650 g schwer. Myom.)

162. Uycyama, Yoshaki, Über Ganglioneurome. Inaug.-Diss. Würzburg.

163. Vanverts, L., Second cas d'hydrocèle inguino-superficielle du canal du Nuck. Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. Tome 8. Nr. 8. p. 482. (1. 13jähriges Mädchen. Der Kanal zieht vom äusseren Leistenring zur Mitte des Schambeins, enthält Flüssigkeit. 2. 37jährige Patientin. Links längliche, vom Leistenring abwärts nach innen ziehende, fluktuierende Geschwulst. Operation. Ein solider Stiel tritt in den Leistenkanal ein.)

164. Vanverts, J., et H. Paucot, Die Phlebitis utero-pelvica und ihre chirurgische Behandlung. Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. VII. Nr. 11. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 16. p. 589. (Die chirurgische Behandlung ist theoretisch berechtigt, wenn keine extravaskulären Prozesse vorliegen und die Lokalisation in den Beckenvenen noch ein Abgrenzen in gesundem Gebiete erlaubt. Erfolge sind nur in recht beschränkter Zahl von Fällen erreicht worden. Diagnose sehr schwer, daher auch die Indikationsstellung. Technisch empfiehlt sich der abdominale, transperitoneale Weg wegen der Übersicht.)

165. Vecchi, A., Rezidivierendes bösartiges Chordom der sakro-kokzygealen Gegend. Arch. f. klin. Chir. Bd. 99. Heft 2. (Vor zwei Jahren war ein Chordoma sacrale (beweglicher Tumor vor dem Kreuzbein) entfernt worden. Jetzt Rezidivoperation. Mikroskopische Untersuchung ergab Cellulae physaliphorae, polygonale Zellen mit Vakuolen, manchmal direkt bläschenförmig. Nachweis des Einwucherns in Gefässe. Bei neuer Untersuchung der Frau abermals Rezidiv festgestellt.)

166. Violet, Über einige Fälle von septikämischer Beckenzellgewebsentzündung nach Wertheimscher Operation. Lyon. méd. 1912. Nr. 47—48. (Mehrere Fälle mit sehr verschiedenen Symptomen, mit und ohne Beteiligung des Peritoneums.)

167. Wacker, L., Welches ist der wirksame Bestandteil der Beckschen Wismutpaste? Münchn. med. Wochenschr. Nr. 48. p. 2674. (Bestätigt die Erfahrung von Rost, dass gelbe Vaseline sehr wichtig ist, und verweist auch auf Esslingers Epithelogen.)

168. Weishaupt, Elisabet, Ein Fall von extraperitonealem Adenomyom und zwei Fälle von intraperitonealen Myomen des Ligamentum rotundum mit Anmerkungen über die Herkunft der epithelialen Einschlüsse. Arch. f. Gyn. Bd. 99. Heft 3. (1. 30jährige Virgo, Dysmenorrhoe. Haselnussgrosser Tumor im rechten Leistenkanal, vor einem halben Jahr angeblich während wochenlangen Hustens entstanden, schmerzhaft, nicht reponibel. Mühsame Präparation. Heilung. Mikroskopisch: Adenomyom; Hyperplasie des Stromas wahrscheinlich auf entzündlicher Basis. 2. 48jährige Frau, zwei Geburten, ein Abortus. Menses bereits unregelmässig. Einige Male starke Blutungen. Faustgrosser, wenig beweglicher Tumor links vom Uterus. Abdominale Totalexstirpation. Rechts Ovarialkystom, links faustgrosser Tumor im Verlaufe des Ligamentum rotundum. Mikroskopisch: Lymphangiektatisches Myom. 3. Schwangerschaft mit Myom. Abortus, danach Fieber. Nekrose des Myoms. Schwierige Exstirpation. Heilung. Mikroskopisch: Myom mit zentraler Nekrose und entzündlichen Adhäsionen. Sitz anscheinend im Lig. rot. Als Anhang noch Fall 4: Bohnengrosses Myom des Lig. rot. bei metritischem Uterus. Mikroskopisch: Myom mit einigen Fettzellen.)

169. Wenczel, Theodor v., Thrombosen und Embolien nach gynäkologischen Operationen. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 84. Heft 1. (835 Laparotomien mit 17 Thrombosen, 10 Lungenembolien. Davon 173 Myomoperationen mit 8 (resp. 5) und einem Todesfall, 336 Ovariotomien mit 4 (4), alle tödlich, 70 Karzinome und 45 Tubenschwangerschaften mit je einer Thrombose, 52 Prolapse mit 3 (2), einer tödlich. 101 vaginale Karzinomoperationen mit 3 (2), eine tödlich.

169a. Wetzel, Erwin, Über einen Fall von Myom des präperitonealen Bindegewebes. Gyn. Rundschau. Bd. 7. Heft 24. (46jährige VIIpara. Aus dem Peritoneum parietale der linken Bauchwand wird ein mannsfaustgrosses Myom ausgeschält. Leiomyom. Ausgangspunkt nicht bestimmt; Verf. denkt an Entwickelungsanomalie.)

170. Willems, W., Dermoidzyste zwischen den Blättern des Mesoappendix in ihrer differentialdiagnostischen Stellung zu appendizitischen Tumorbildungen. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 86. p. 223. (Ein Fall von retroperitonealem Dermoid in der linken Lendengegend, ein Dermoid des Pankreaskopfes, ausserdem dieser Fall. 43jähriger Mann mit Nabel- und beiderseitigem Leistenbruch. Vor zehn Jahren Blinddarmentzündung, seither Geschwulst daselbst. Stuhlbeschwerden. Operation. Fest verwachsener, gänseeigrosser zystischer Tumor, auf demselben der plattgedrückte Proc. vermiformis. Mesoappendix umkleidet den Tumor. Ausschälung schwierig. Heilung. Die Zyste hat derbe Wand; der Inhalt gelblich-bräunliche Flüssigkeit. Wandauskleidung Plattenepithel, stellenweise in Zerfall. [Die Abbildung überzeugt nicht, dass es Plattenepithel ist; eher sieht es wie hydropisches Granulationsgewebe aus. Dann müsste man an abgesackten alten Abszess, vielleicht an vereiterten Lymphknoten denken. Ref.] Verf. denkt an einen Abkömmling vom Wolffschen Gang.)

171. Willett, Thr., und W. Maeschtle, Fall von Thrombose der Vena cava inferior. The Journ. of the Amer. med. Assoc. 1912. Nr. 24. p. 1878. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 44. p. 1644. (30jährige Frau, fünfte Schwangerschaft. Albumen, geschwollene Füsse. Leichte Krämpfe. Wendung, Extraktion. Nach drei Wochen Schmerzen im Bein. Rechte Niere empfindlich. Nach weiteren zwei Wochen Verminderung der Harnsekretion; Zylinder und Leukozyten im Harn. Rechts ausgesprochene Druckempfindlichkeit der Regio ileo-lumbalis. Annahme eines perirenalen Abszesses. Inzision über der rechten Niere. In der Tiefe Ödem. Hinter der Niere die bis zum Zwerchfell hinauf thrombosierte Vena cava. Drainage der Wunde. Nach drei Tagen deutliche Ausbildung von Kollateralen. Nach drei Monaten entlassen; nur Schwellung des Beines nach längerem Stehen.)

172. Wilson, Thomas, Cyst of ovary filled with rounded balls. Proceed. of the Roy. Soc. of Med. Vol. 6. Nr. 8. Obst. and Gyn. Sect. p. 275. (Dermoidzyste im Ligamentum latum rechts. 63jährige Patientin, vor fünf Jahren wegen Mammakarzinom operiert. Radikaloperation, Heilung.)

173. Wolff, Bruno, Über ein Blastom bei einem Aal (Anguilla vulgaris), nebst Bemerkungen zur vergleichenden Pathologie der Geschwülste. Arch. f. pathol. Anat. 1912. Bd. 210. p. 365. (Vom Mesenterialgewebe ausgehendes Fibrosarkom bei einem nach Aussage des Händlers stark abgemagerten Exemplar, weiblich, noch nicht geschlechtsreif. Tumor mannsfaustgross. Beteiligung der Eierstöcke liess sich nicht feststellen; Nieren frei.)

174. Zechanowitsch-Lewkowitsch, Ein Fall von Exstirpation einer Beckengeschwulst. Wratsch. Gaz. Nr. 8. Sitzungsber. der chir. Ges. zu Kiew. (Im Becken sass ein grosser,

harter, höckeriger Tumor, der scheinbar von der Beckenwand ausging. Es wurde der sakrale Weg eingeschlagen und zwar wurde der Tumor nach temporärer Kreuzbeinresektion blossgelegt, herausgeschält. Nach Stillung der sehr starken Blutung Reposition des Kreuzbeins. Drahtnaht. Der Tumor erwies sich als Fibrom [Fibrosarkom].) (H. Jentter.)

175. Zickel, Georg, Seltene Art des Kaiserschnittbeckens. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 36. (Absolutes Geburtshindernis durch einen der Innenfläche des Kreuzbeines aufsitzenden, grossen, derben, tuberkulösen Lymphknotentumor.)

176. Ziegenspeck, Parametritis chronica und Lageveränderungen des Uterus. Gyn. Kongr. in Halle. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. Bd. 2. Heft 6. p. 284. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 27. p. 1343. (Verf. bekämpft die Auffassung der Parametritis post. als chronische Pelveoperitonitis im Douglas und die darauf basierenden Operationen. Massage und Dehnung ist die beste Therapie.)

Von anatomischen Arbeiten sei zunächst der kurze Aufsatz von Moritz (101) erwähnt. Der Autor hat die Frage, ob im Parametrium besondere Ligamente seitlich anzunehmen seien, auf Querschnitten durch ganze Becken geprüft und kommt zu dem Schluss, dass man ein eigenes Ligament nicht aufstellen kann. Der Streit über die Bedeutung des Haftapparates kann noch nicht als beigelegt bezeichnet werden, obwohl sich, abgesehen von den an anderer Stelle besprochenen Neuauflagen der Lehrbücher von Hofmeier, Fehling-Franz und einer gemässigten Kritik von Ed. Martin (96) kaum eine Stimme ernstlich für den Haftapparat eingesetzt hat. Im Lehrbuch von Menge-Opitz erscheint der Prolaps durch Halban dargestellt, der natürlich für die Bedeutung des Beckenbodens eintritt, während Jung bei der Besprechung des Beckenbindegewebes sich auf den entgegengesetzten Standpunkt stellt. Beachtenswert ist die Arbeit von Schultz (142), welcher die Leistung des Diaphragma pelvis wesentlich anders darstellt als dies bisher gebräuchlich war.

Die Anatomie des Cavum ischiorectale hat durch den berufensten Autor, durch Holl (61), dem wir in Deutschland unstreitig das grösste Verdienst an der Kenntnis von der Bedeutung des Beckenbodens und an der Auffrischung des Interesses dafür zuerkennen müssen, eingehende kritische Bearbeitung gefunden. Wenn auch seine Ausführungen mehr anatomisches als praktisch-chirurgisches Interesse haben, sei doch auf das oben gebrachte Resümee seiner Arbeit verwiesen.

Vom anatomischen Standpunkt aus müssen weiter die an der Lebenden vorgenommenen suprasymphysären Kochsalzinjektionen von Schoute (141) genannt werden, da sie eine Art Präparation von Schichten bedeuten. Nach seinen Darlegungen zu schliessen, ist er meistens in das durch eine prävesikale Faszie abgegrenzte Cavum Retzii gelangt, dem v. Rosthorn in seinem letzten Vortrag eingehende Darstellung gewidmet hat.

Von Bedeutung erscheint die anatomische Studie über die bisher etwas vernachlässigten Sakro-uterin-Ligamente von Somers und Blaisdell (149), mit einigen vergleichend anatomischen Angaben, aus welchen erhellt, dass die Ligamente erst mit dem aufrechten Gang und dem kleineren, aber schwereren uniparen Uterus stärker werden. Besonders auf die neue Darstellung einer fächerförmigen Ausstrahlung der Fasern des Ligaments nach vorne auf die Cervix und auf das Scheidengewölbe (Plicovaginal-Ligament) sei aufmerksam gemacht. Die Autoren sprechen diesen Fasern direkt die Funktion zu, das seitliche Scheidengewölbe in seiner Form zu erhalten.

Franke (44) reproduziert seine früheren Abbildungen über die Lymphgefässverbindungen zwischen Dickdarm und Niere, und betont neuerdings ihre Bedeutung für die Ätiologie der Pyelitis. Ausserdem benützt er (43) die Anthrakose der retroperitonealen Lymphknoten bis zur Teilung der Aorta herab zum natürlichen Nachweis einer direkten Kommunikation derselben mit den bronchialen Lymphknoten. Auf andere interessante Lymphgefässverbindungen

scheint die Arbeit von Southard und Canavan (151) hinzudeuten; die Autoren fanden bei einem Material, das vorwiegend entzündliche Prozesse der Beckenorgane umfasste, im Liquor cerebrospinalis etwas häufiger Bakterien als im Herzblut, und stets Keime in den Lymphknoten, und schliessen daraus auf eine direkte Verbindung des Durasackes mit den Lymphbahnen des Beckens.

Zur Physiologie der Zirkulation in den Venen bemerkt Kaiser (75), dass die Atmung bei vielen Menschen darauf Einfluss habe, aber nicht bei allen. Von welchen Faktoren dies abhängt, wäre wohl der Untersuchung wert, da sich vielleicht daraus auf die Beurteilung der chronischen venösen Stase im Becken, der sogenannten chronischen Metritis, der starken Blutungen etc. Ausblicke ergeben könnten.

Die Zahl der schweren, tödlichen intraperitonealen Blutungen aus geplatzten Varizen nimmt zu (12, durch Operation geheilt; 85, 155). Grosse Schwierigkeiten macht die Diagnose besonders bei Schwangeren.

Strauss (157) bringt eine Sammelstatistik über die Erfolge der Ligatur der Arteria iliaca communis und der Arteria iliaca externa. Auch in der aseptischen Periode, seit ca. 20 Jahren, ist nach Unterbindung der Arteria iliaca comm. noch einige Male Gangrän des Beines beobachtet worden, während nach Ligatur der Arteria iliaca externa gar keine oder nur begrenzte, auf einzelne Zehen beschränkte, nur einmal bis zum Knöchel reichende Gangrän verzeichnet worden ist. Heute wird in geeigneten Fällen wohl die Arteriennaht mehr Beachtung finden (vgl. Schwarzwald, 144); doch muss man Strauss darin beipflichten, dass die Verhältnisse nicht immer so günstig sind und Ligaturen sich nicht ganz werden umgehen lassen.

Bei der Varikozele des Beckens, speziell im Gebiet der Spermatika, empfiehlt Sensert (146) operatives Vorgehen.

Reinhardt (127) hat die Phlebektasien und Varizen des Nervus ischiadicus an 100 Leichen untersucht (Injektion und Aufhellung der Präparate nach Spalteholz) und bringt sehr instruktive Abbildungen. Solche Varizen im Nerv sind schon seit Bichat 1830 und Quenu 1882 bekannt, aber doch noch nicht genug gewürdigt. Sie finden sich hauptsächlich bei Personen, die viel stehen, zum Teil im Innern des Nerven, zum Teil an der Oberfläche. Unter seinen 100 Fällen konnte er sie 25 mal feststellen, davon 22 mal bei Frauen (15 waren verheiratet, alle hatten geboren, manche erst vor einigen Wochen). Ausserordentlich mannigfaltig ist Form, Grösse und Ausdehnung. 9 mal war keine Erweiterung der übrigen Venen zu verzeichnen, 9 mal waren gleichzeitig die anderen tiefen Venen des Beines, 6 mal auch die oberflächlichen dilatiert. In den Nerven regelmässig Vermehrung des Bindegewebes, zunächst um die Gefässe. — Nur in 13 Fällen konnte er in der Krankengeschichte Angaben über Ischias finden. — Ätiologisch kommt allgemeine Atherosklerose nicht in Betracht; eher Herzfehler. Aber nicht mechanische Momente sind es, sondern entweder angeborene Schwäche der Venenwand, oder Schädigung derselben durch irgendwelche Toxine (Infektionskrankheiten, Schwangerschaft). — Leider ist der Zustand klinisch nicht zu diagnostizieren, sonst wäre eine chirurgische Therapie der Ischias möglich.

Von angeborenen Erkrankungen sind neben der dystopen Niere (104) und den eventuell hier zu erwähnenden Neuroepitheliomen und Ganglioneuromen (92, 113, 118) mehrere Dermoide zu nennen. Skutsch (147) hat ein Dermoid des Beckenbindegewebes auf perinealem Wege operiert. Parins Fall (112) ist ein Dermoid, welches zur 2. Gruppe Schwalbes (gut erkennbare Organteile) gehört; er stellt 11 Fälle zusammen. Manchmal werden sie bösartig. Bei der Operation hat man auf Verletzung des Mastdarms, Eröffnung der Bauchhöhle und des Rückenmarkkanales zu achten. Im Kindesalter warnt er vor Operationen, weil die Mortalität zu gross ist.

Morphologisch interessant ist Legrands Fall (88). Bei der Sektion fand sich ein kleines Dermoid retrorektal, ausserdem bei der 16 jährigen Patientin eine Reihe von Miss-

bildungen: Hufeisenniere, Hypertrophie und Dilatation des Rektum (Megarektum), Verengerung des Cökum, Verkümmerung der Wirbelsäule, nur 4 Lenden- und 3 Kreuzwirbel, Skoliose.

Kaerger (74), Krall (81), Willems (170) haben Dermoidzysten beschrieben, die im Mesenteriolum sassen und besondere, auch klinische Beziehung zum Wurmfortsatz hatten. Sie bezeichnen dieselben als Dermoide. Speziell Willems denkt an den Wolffschen Körper oder Gang als Ausgangspunkt. Referent neigt eher der Ansicht zu, dass es sich in seinem Fall um einen abgesackten Abszess handelt, vielleicht aus einem Lymphknoten entstanden; nach der Abbildung sieht das Epithel mehr wie ödematöses Granulationsgewebe aus.

Die von Sawicki (135) mitgeteilte Meningocele sacralis anterior ist meines Wissens der erste mit Erfolg operierte Fall seiner Art. Ich bedaure, dass das Referat der polnischen Arbeit nicht mehr Details über die Operation und den anatomischen Befund enthält.

Jacquot und Fairise (68) führen eine Zyste, Pettis (119) ein grosses, retroperitoneales Karzinom mit Lebermetastasen auf den Wolffschen Körper zurück. Jacquot und Fairise zitieren 13 Beobachtungen aus der Literatur, von welchen allerdings 4 auf das Ovar zurückgeführt, die anderen zum Teil unbestimmt gelassen worden waren. Sie stützen sich bei der Diagnose auf den Epithelbefund (zylindrisches, Flimmereptihel, Becherzellen). — Von den 14 Fällen sind 13 (92,8 %) beim weiblichen Geschlecht konstatiert worden. Eine Zusammenstellung von 180 verschiedenen Tumoren des Mesenterium und Mesokolon zeigt, dass die auf die Urniere zurückzuführenden Zysten von den Lymph-, Hydatiden-, Dermoidzysten und Enterokystomen je um das Dreifache, von sonstigen Geschwülsten an Häufigkeit um das Zehnfache übertroffen werden. Die Häufigkeit beim weiblichen Geschlecht erklären die Autoren daraus, dass der Wolffsche Körper hier ein viel überflüssigeres Organ darstellt, während er beim Manne bestimmte Funktionen übernimmt. Die Lokalisation ergibt sich aus dem Liegenbleiben an der ursprünglichen Stelle und späterem sekundärem Einwandern (Vordringen) zwischen die Mesenterialblätter. Auch zur Niere (Chamoff hat unter 75 soliden Tumoren der Nierengegend 8 mal Mischtumoren gefunden, die er von der Urniere ableitet), zum Pankreas, zur Nebenniere können sie in Beziehung treten. Überhaupt glauben die Autoren, dass die Urniere bei der Beurteilung der Genese von retroperitonealen, soliden und zystischen Tumoren viel mehr Beachtung verdient, und dass namentlich epitheliale Geschwülste mit papillärem Bau (vielleicht sogar solche im Ovarium) von ihr abzuleiten seien. — Eine klinische Diagnose ist nicht möglich. Der Kliniker muss sich auf die Bestimmung der allgemeinen Eigenschaften und des Sitzes beschränken. Ausschlaggebend ist der histologische Befund. Entwickelung sehr langsam, aber stetig fortschreitend. Deshalb ist die Exstirpation zu empfehlen.

Zur Hydrocele feminina äussert sich nur Vanverts (163) an der Hand von 2 Fällen.

Als Grenzgebiet zwischen angeborenen und erworbenen Erkrankungen muss man die Adenomyome hinstellen. Grenzgebiet deshalb, weil die Auffassungen noch recht schwankend sind. Weishaupt (168) erklärt neuerdings auch die Adenomyome des Ligamentum rotundum als entzündlichen Ursprungs. Selbst dort, wo die morphologische Übereinstimmung (z. B. Nierenglomerulus) sehr wohl auf embryonale Verhältnisse zurückgreifen lassen würde, ist die Entzündung als auslösender Faktor einer abnormen Wucherung derartiger Gebilde anzusehen. Forgue und Massabuau (39), Raspini (126) schliessen sich der allgemeinen Ansicht von der entzündlichen Genese der Adenomyome des Scheidengewölbes an, und betonen auch, dass Resektion des Rektum nicht nötig sei. Dagegen hat Lockyer (91), welcher wieder für die Abstammung vom Wolffschen Gang spricht, das Rektum reseziert, und Bovin (16) bei einem Adenomyom des Ligamentum rotundum, dessen Ausschälung nicht ganz glatt gelingen wollte,

sogar am Tuberculum pubic. Knochen abgemeisselt. Rosenstein (130) hat sich in einem Fall, den er als Adenom des Wolffschen Ganges deutet, auf vaginale Totalexstirpation des Uterus und partielle Resektion des auf das Rektum übergreifenden Tumors beschränkt; er konstatierte nach einem halben Jahre an dieser Stelle eine hartnäckige, trotz mehrfacher Lapisätzungen nicht geheilte Geschwürsfläche.

Auf dem Gebiet der entzündlichen Erkrankungen ist in diesem Jahre einige interessante Kasuistik zu erwähnen: Buchbinders (17) retroperitonealer Appendixabszess, Borodkins (14) Befund von Typhusbazillen im parametrischen Exsudat (?), Boris Lymphangitis bei Adnexerkrankung, Delore und Rigaud (25) mit einer Beckeneiterung bei Prolaps, Tymienieckis (161) Fall von Symphysenruptur und Vereiterung. Auf Southards und Canavans bakteriologische Untersuchungen an Lymphknoten (151) sei nochmals hingewiesen, besonders aber auf v. Heckers bakteriologische Blutbefunde bei Parametritis (52).

Von Folgeerscheinungen nach entzündlichen Erkrankungen ist Murrays Beobachtung (106) von Hydronephrose durch Verengerung der Ureteren infolge von schwieliger Verdickung der Parametrien zu nennen. — Zur Frage der Kreuzschmerzen hat sich Hughes-Hielscher (63) geäussert. Ihr Aufsatz ist eine Revue aller Ursachen von Kreuzschmerzen, wobei im Sinne moderner Anschauungen, ohne gerade zu übertreiben, der psychogenen Komponente grosse Bedeutung zuerkannt wird.

Über konservative Behandlung liegen wenig Berichte vor. Von technischen Erörterungen abgesehen, hat Bohnstedt (11) über die Erfolge mit Flataus Wärmeapparat berichtet, und Laqueur (86) eine summarische Übersicht seiner Erfahrungen gegeben. Beachtenswert ist die Beobachtung von M. Fraenkel (42), dass parametritische Schwielen und perimetritische Verwachsungen durch Röntgenstrahlen zum Schwinden gebracht werden können. Weitere Prüfung dieser Sache scheint jedenfalls notwendig.

Über den Echinococcus liegt wieder eine grössere Kasuistik vor. Im Falle Gussakoffs bildete die Zyste ein Geburtshindernis. Die biologische Diagnostik haben mehrere Autoren geprüft und äussern sich im allgemeinen günstig (1, 5, 98, 150). Extrakt der Zystenwand ist als Antigen nicht verlässlich (Sonntag, 150). Auch Karewski (177) hat in seinem diagnostisch unklaren Fall (Lipom) Echinococcus auf biologischem Wege ausgeschlossen.

Von Tumoren ist eine ganze Reihe von Fibromen [speziell ein Fibromyom mit quergestreifter Muskulatur von Schklowsky (139)] und sehr interessanten retroperitonealen Sarkomen zu erwähnen. Karewski (77) bemerkt, dass die Lipome überwiegend bei Frauen beobachtet werden; Verwechslung mit Ovarialzysten. Verlauf entweder symptomlos oder unter nervösen Erscheinungen; nur bei grossen Tumoren Raumbeengung. Selten sind Koliken, selten Behinderung der Darmpassage. Dauer sehr lange. Allmählicher Kräfteverfall. Die Operation ist meist recht kompliziert, einerseits wegen der Beziehungen zum Mesenterium, andererseits wegen der Verwachsungen.

Ebner (31, 32) bringt eine ausführliche, bis auf das Jahr 1829 zurückgehende Geschichte der Kenntnisse von den Lipomen. Er unterscheidet mit Lobstein zwischen median und lateral liegenden. Die seitlichen drängen das Kolon nach der Mitte. Die medialen wachsen ins Mesenterium, seltener ins Mesokolon. Josephson und Vestberg haben bereits 1895 betont, dass die Mesenteriallipome retroperitoneal sind. Ebner stellt 83 Fälle zusammen. Zur Ätiologie: Neben angeborener Prädisposition muss noch ein sekundäres Moment gesucht werden; etwa ein Trauma oder ein diätetisches Moment. Als Ausgangspunkt gelten vorwiegend die pararenalen Fettmassen; aber auch andere Stellen des Beckenbindegewebes. Das Überwiegen des weiblichen Geschlechtes ist durch verschiedene Statistiken festgelegt (74,2: 25,8 nach Vegesack). Mit dem Alter

steigt die Häufigkeit. Pathologisch-anatomisch gleichen sie den peripheren Lipomen; doch besteht grössere Neigung zu Degenerationserscheinungen und zu Malignität; auch schnelleres Wachstum. Offenbar hängt die Neigung zur Degeneration damit zusammen, dass die Gefässe nicht so rasch wachsen. Manchmal kommt es direkt zu Verflüssigung des Fettes in Hohlräumen oder zu Myxombildung. — Zur Umgebung verhalten sie sich indifferent. Gelegentlich sind rezidivierende Formen beschrieben worden, ohne dass die Untersuchung Anhaltspunkte für Malignität ergeben hätte (Heinricius 1904). — Verlauf symptomlos, bis die grossen Tumoren allgemeine Mattigkeit, Völle, Herzbeklemmungen, Übelkeit verursachen. Ausnahmsweise Schmerzen in der Nierengegend. — Die richtige Diagnose ist klinisch nur selten gestellt worden; wichtig ist die Täuschung durch Pseudofluktuation. Achtung auf die Lagerung, die Lappung, die verschiedene Konsistenz der Lappen, Verlagerung des Kolon, Unabhängigkeit von Zwerchfellsbewegungen. Das Josephsonsche Zeichen des Zurückschnellens beim Abheben ist brauchbar. Kystoskopie ist notwendig, schon mit Rücksicht darauf, dass mitunter die Niere entfernt werden muss. — Therapie: Nur Operation, und zwar meist transperitoneale Enukleation. Prognose wird beeinflusst durch Nebenverletzungen; so ist 7 mal die gesunde Niere entfernt worden, teils wegen mangelhafter Orientierung, teils wegen zufälliger Verletzung der Niere, einige Male auch wegen zu inniger Verbindung derselben mit dem Tumor. Auch Darmresektionen sind nötig geworden (einmal 124 cm Dünndarm), Darm- und Ureterverletzungen vorgekommen; einmal Verletzung der Milz mit unstillbarer Blutung. Bei Massenligaturen sind einmal Aorta und Vena cava unterbunden, letztere ausserdem angeschnitten und der Ureter glatt durchgeschnitten worden. Tod $^1/_2$ Stunde nach der Operation. Endlich sind auch die reichen sympathischen Ganglien zu beachten, von welchen aus reflektorisch Atemstillstand eintreten kann. Bisher wird die Mortalität auf 25—38$^0/_0$ angegeben. Manche Patienten sind der Rezidivoperation erlegen.

VIII.

Gynäkologische Operationslehre.

Referent: Prof. Dr. H. W. Freund.

1. Ahlborn, A new retractor for the abdominal contents during peritoneal closure. Journ. Amer. Med. Soc. Dec. 6.
2. Bartlett, Improved device for illuminating the Operating-Room. Ebendas. June 14.
3. Bäumel, Über einen Quellstiftträger. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 41.
4. Billings, A comfortable Leg-cradle; and ligature spool-attachement. Lancet. Nov. 1.
5. Borchardt, M., Ein neuer Operationstisch. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 31.
6. Boyd, A simple retractor. Lancet. May 21. (Zweiarmiges, scherenförmiges Bauchspekulum.)
7. Chapple, An abdominal retractor. Ebendas. Aug. 9. (Verstellbares Rahmenspekulum.)
8. Copeland, Dissecting and surgical non-cutting forceps with improved handle. Lancet. Febr. 1. (Pinzette mit stumpfen Enden zum Halten feiner Ligaturen und zarter Gewebe.)

9. Decker, Über eine praktische Afterbandage und Mastdarmvorfallbandage. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 13. (Pneumatische Gummipelotte, mittelst Ansatzspritze durch einen Gummischlauch aufzublasen.)
10. Decref, Die feuchte Massagemethode. Zeitschr. f. physik. Therap. Heft 12. (Dampfstrahl auf die zu massierende Stelle mittelst eigenen Apparates appliziert.)
11. Ekstein, Über Schutzpessare. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 3.
12. v. Fellenberg, Eine Pinzette zur Erleichterung der Peritonealnaht in der Tiefe des Beckens. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 48. (Griffe rechtwinklig abgebogen. Schnabel gezähnt.)
13. Freudenberg, Ein elektrisches Beckendammheizkissen in Badehosenform. Ebendas. Nr. 18.
14. Friedmann, A self-retaining retractor for use in perineorrhaphie. Surg., Gyn. and Obst. I. p. 119.
15. Geiringer, Ein Irrigationsurethroskop. Med. Record. Vol. 84. Nr. 10.
16. Graham, Shelf for rectal and vaginal operations. Journ. Amer. Med. Assoc. May 17. (Brett oder Sims zum Anbringen an den Operationstisch; dient zum Ablegen der Instrumente.)
17. Hadden, A visceral depressor. Ebendas. March 22. (Instrument zum Abwärtsdrücken der Eingeweide während der Bauchnaht.)
18. Hall, Basil., A vaginal clamp for Wertheims hysterectomy. Lancet. March 1.
19. Harman, The finger grips of forceps. Lancet. Jan. 25. (Gelochte Pinzettenbranchen.)
20. Hasse, Zur Behandlung chronischer Beckenerkrankungen. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 3. (Beckenthermophor.)
21. Hengge, Scheidenpulverbläser „Antileukon". Münchn. med. Wochenschr. Nr. 48.
22. Henitt, Ein neues Pessar. Interstate med. Journ. Aug.
23. v. Herff, Verbesserte Serres fines. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 52.
24. Holzknecht, Durchleuchtungs-Kompressorium mit Bucky-Effekt. Ebendas. Nr. 49. (Für Durchleuchtung der dicken Teile starker Individuen, also besonders des Abdomens.)
25. Hunt, A new hypodermic syringe. Lancet. Febr. 22.
26. Jambé, Neue Uteruscurette. Rev. méd. suisse romande. Nr. 5.
27. Kahn, Miller, Visceral depressor for use in closing laparotomy wounds. Journ. Amer. Med. Assoc. March 22.
28. Kautt, Ein neues Rahmenspekulum für Laparotomien. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 24.
29. Keimsig, Inversionstampon mit Glasrohr zur Höhlendrainage. Verh. Naturf.-Ges. Münster. II. 2. Hälfte. p. 156.
30. Kirchberg, Druck- und Saugbehandlung in der ärztlichen Praxis. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 30. (Grosser, mit Sauerstoff oder komprimierter Luft getriebener Apparat. Behandlung bei Neuralgien, Narbenverziehungen, Asthenie, Adipositát usw.)
31. Kolinski, Serviettenhalter bei Bauchhöhlenoperationen. Zentralbl. f. Gyn. p. 462.
32. Landsberger, R., Drucksaugspritze. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 47.
33. Lange, Joh., Instrument zur Anlegung und Entfernung der v. Herffschen Klammern. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 34.
33a. Lebensbaum, Vorrichtung zur Fixation eines Vaginalspekulums für Operationen ohne Assistenz. Przeglad chir. i gin. Bd. 9. Heft 3. p. 340. (Polnisch.)
(v. Neugebauer.)
34. Leschke, Ein Troikart mit seitlichen Öffnungen. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 47.
35. Levinger, Gesichtsschutzvorrichtung aus Papier. Ebendas. Nr. 29.
36. Liepmann, Die Trockenbehandlung des Fluor albus. Gyn. Rundschau. Heft 15. (Einbringen von 20%igem Lenicet mit einem Pulverbläser „Antifluor" in die Vagina, der in einen Glasspiegel passt.)
37. — Der Antifluor, ein neues Instrument zur Trockenbehandlung der Scheidenkatarrhe. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 25.
38. Lilienthal, Silberdrahtkabel, ein ideales Material für versenkte Nähte. Surg., Gyn. and Obst. XV. Nr. 3.
39. Lotsch, Eine einfache Kanüle zur Punktion, Injektion und Infusion. Zentralbl. f. Chir. Nr. 23.
40. Lurie, Vorrichtung zum Urinsammeln bei weiblichen Säuglingen. Journ. Amer. Med. Assoc. LX. Nr. 26. (Schmaler Schröpfkopf vor der Vulva mit Leukoplast fixiert. Der Harn wird durch einen angesetzten Gummischlauch in eine Flasche geleitet.)

41. Mallet, Eine anatomische Ligaturklemme. Ebendas. Nr. 16.
42. Martens, Demonstration zweier Instrumente für die Appendektomie. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 31. p. 1737.
42a. Matwejew, Blasen-Hautelektrode. Journ. akusch. i shensk. bolesn. Mai-Juni. (H. Jentter.)
43. Mauwaring, Chirurgische Nadeln. Surg., Gyn. and Obst. XV. Nr. 2.
44. Miller-Kahn, Eingeweidedepressor bei Schluss der Köliotomiewunde zu verwenden. Journ. Amer. Med. Assoc. Nr. 12.
45. Morris, Rob., The bowel-doormaker. Med. Record. Vol. 84. Nr. 3. (Instrument für die Ileo-Rektumanastomose.)
46. Müller, Paul, Eine neue Fasszange. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 42. (Payrsche Magenklemme mit mehreren stumpfen Zähnchen.)
47. North, A Steriliser-Tank for instruments. Lancet. Nr. 15.
48. Orlovius, Eine neue Flasche zur sterilen Aufbewahrung von Blut für bakteriologische Zwecke. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 47.
49. Palefski, Neue und verbesserte Duodenalinstrumente und Technik der schnellen Intubation des normalen Duodenums. New York. med. Journ. Nr. 16.
50. Panting, An abdominal Retractor. Lancet. Febr. 15.
51. Prochownik, Apparat zur Beleuchtung des Operationsfeldes in kleineren Betrieben. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 13.
52. Reuter, Über eine neue Lampe zur Diaphanoskopie und Endoskopie. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 28. (Batterie, Kabel, Lampe und Ansatzstück in einem Holzkästchen.)
53. Sapara, An improved cervix dilator. Lancet. Febr. 22.
54. Scharfe, Der Scheidentrockner. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 9. (Der bekannte Kehlkopfpulverbläser aus Glas mit Ansatz für den Scheidenspüler „Frauenwohl".)
55. Schlimpert, Ein Kippstuhl zur Ausführung der hohen extraduralen Anästhesie. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 3.
56. Schmerz, Improvisierte Heissluftapparate. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 39.
57. Sellheim, Drahtschlinge zum unblutigen Vorziehen des Uterus beim vaginalen Operieren. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 26.
58. Spriggs, Ligaturing forceps. Lancet. Jan. 18.
59. Steffen, W., Ein einfaches Bauchdecken-Rahmenspekulum. Verhandl. Naturf.-Ges. Münster. II. 2. Hälfte. p. 212.
60. Stolz, Max, Die vaginale Untersuchung der Kinder. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 41. (Sehr enge Röhrenspekula mit Obturatoren.)
61. Tiegel, Eiterbecken mit Stiel. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 35.
62. v. Tobold, Technische Neuheiten. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 33. (Elektrischer Blitzkocher; Übungsphantom für Endoskopie.)
63. Van de Velde, Über das Schalenpessar. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 10. (Pessar ohne zentrales Loch.)
64. Vogel, Jul., Neues Ureterenkystoskop. Zeitschr. f. Urolog. VII. Heft 8.
65. Wulff, Eine neue Spritze für sterile Injektionen. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 48.

Neue Operationsmethoden.

1. *Abadie, De la bascule antérieure de l'utérus avec suture des ligaments ronds aux releveurs de l'anus dans le traitement des prolapsus génitaux. Presse méd. 15 Oct.
2. Asch, Robert, Neubildung einer Harnröhre. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 19.
3. Baer, J., Vesikovaginalfistel auf intravesikalem Wege geschlossen. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 37. (Kleine Fistel, fünf Monate post partum mittelst des Baerschen Schlingenführers fixiert und bei ruhig stehendem Kystoskop verschorft.)
4. Barnsby, Hystérectomie par décollation antérieure. La Gyn. Avril. (Bei grossen, in den Douglas eingekeilten Pyosalpingen beginnt die Operation mit dem Einschneiden in die vordere Uteruswand und Abtragen des Uterus.)
5. Beuttner, Zur Technik der Exstirpation entzündlich erkrankter Adnexe an der Hand von 100 einschlägigen Operationen. Korrespondenzbl. f. Schweiz. Ärzte. Nr. 1.
6. *Bonney, On the technique of amputation of the vaginal cervix. Journ. Obst. and Gyn. Brit. Emp. Febr.

7. *Bumm, E., Zur Frage der Wundversorgung bei der Radikaloperation des Carcinoma colli uteri. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 1.
8. *Buteau, A new surgical procedure for retrodisplacements of the uterus. Amer. Journ. of Obst. Febr.
9. Cazin, La périnéorrhaphie sans sutures cutanées (colporrhaphies antérieure et postérieure avec myorrhaphie sous-muqueuse de releveurs). Presse méd. 1 Nov. (Bei Rektocelen reseziert Cazin einen grossen Lappen quer aus der hinteren Vaginalwand, sucht die Levatoren auf, vereinigt sie und näht dann die Scheide in vertikaler Richtung darüber.)
10. Child, Perineorrhaphy with the Figure of Eight Suture. Journ. Amer. Med. Assoc. March 22. (Achternaht unter Mitfassen der Levatoren.)
11. Christian und Sanderson, A new method of anastomosing the ovarian tube or vas deferens. Ebendas. Dec. 13. (Bei Zerstörung des Tubenlumens nähen die Autoren die beiden durchschnittenen Tubenteile mit Catgut so aneinander, dass der Faden in den Kanal eingestochen wird.)
12. *Dahlgren, Modifikation der kombinierten Operationsmethode bei Cancer recti. Zentralbl. f. Chir. Nr. 13.
13. *Dartigues, Hystérectomie abdominale angiotripsique par pincement temporaire. La Gyn. Nov. 1912.
14. Dickinson, Hysterectomy by Two-Suture-Ligatures. Journ. Obst. and Gyn. Sept. (Nach dem Versorgen der Ligamente legt Dickinson rechts und links in die äussersten Schichten der Cervix je eine lang zu lassende Ligatur, an denen man den Stumpf bequem in die Höhe ziehen und austrichtern kann.)
15. *Dührssen, Die Ventrifixur der Ligamenta rotunda unter subperitonealer Durchleitung durch die Ligamenta lata. Gyn. Rundschau. Heft 1.
16. *Figueroa, A new method of shortening the round ligaments. Journ. Amer. Med. Assoc. April 5.
17. *Fothergill, Operation bei Prolaps und Cervixhypertrophie. Brit. med. Journ. April 12. Journ. Obst. and Gyn. July.
18. *Freund, Herm., Über partielle Myomoperationen. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 36.
19. *Goffe, Die neueste Operation zur Heilung grosser Prolapse, Cystocelen und Rektocelen. Bull. of Womans Hosp. I. Nr. 1.
20. Haim, Lokalanästhesie in der kleinen operativen Gynäkologie. Prager med. Wochenschr. Nr. 8. (1$^0/_0$iges Novokain-Suprarenin.)
21. Halsted, Ligature and suture material. Journ. Amer. Med. Assoc. April 12. (Feiner Silkworm an Stelle von Catgut auf langen dünnen Nadeln, mit denen man die Wand gefasster Blutgefässe durchstechen kann. Die Gaze zum Bedecken der Wundränder wird in Zelloidin getaucht, über frischgenähte Wunden kommt ein Silberbelag — „Foil“).
22. *Hirst, The newer operations for restoration of the pelvic floor with an original technic for exposing and uniting the injured levatores ani and deep transversus perinei muscles. Amer. Journ. of Obst. June.
23. Hofmann, Arthur, Zur Frage der freien Transplantation des Peritoneums. Zentralbl. f. Chir. Nr. 4. (Bei der Ablösung einer geknickten Darmschlinge, die Ileus verursacht hatte, entstand ein Serosadefekt, den Hofmann durch ein Stück Peritoneum pariet. deckte.)
24. Holzapfel, Zur Technik der tubaren Sterilisierung. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 74. p. 189. (Das Verfahren ähnelt dem von Labhardt.)
25. *Jacobovici, Die Myohysteropexie. Rivist. de Chir. April. Münchn. med. Wochenschrift Nr. 41.
26. Jeanneret-Minkine, L'incontinence d'urine chez la femme. Thèse. Lausanne. (Beschreibt genauer das Verfahren von Muret. S. Nr. 35.)
27. Kumaris, Zur Beseitigung des Aszites. Zentralbl. f. Chir. Nr. 50. (Um reichliche Verwachsungen zwischen Eingeweiden und Bauchwand zu schaffen, die dem neuen Auftreten von Aszites entgegenwirken sollen, exzidiert Kumaris beiderseits neben der Inzision Stücke aus dem Peritoneum pariet. und fixiert dort das Netz.)
28. Langes, Eine neue Methode der intraperitonealen Verkürzung der Ligamenta rotunda. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 1.
29. Lund, Vorzüge der abdominalen Hysterektomie. Boston. Med. and Surg. Journ. Vol. 167. Nr. 2.

30. *Mackenrodt, Zur Behandlung hoher Harnleiterverletzungen. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 74. p. 241.
31. *— Zur Behandlung von Defekten und Verletzungen des Blasenhalses und des Sphincter urethrae. Ebendas. p. 247.
32. Madlener, Über zweizeitige Radikaloperation der strikturierenden Karzinome des Sigmoideums. Zentralbl. f. Chir. Nr. 30. (Erst eine Kolonfistel oberhalb des stenosierenden Neoplasmas, in zweiter Sitzung Resektion des Darmes mit Opferung des Sphincter ani.)
33. *Mayer, A., Über die Präparation von Ureter und Uterina bei der erweiterten Uteruskarzinomoperation. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. LXXV. Heft 2.
34. Mc Lennan, A method of radical removal of the cancerous uterus. Journ. Obst. and Gyn. Brit. Emp. April. (Beginnt mit einer Inzision in der Höhe der Bifurkation der Art. iliaca, verfolgt von dort den Ureter und rät ihn zu durchschneiden und später in die Blase zu implantieren, wenn er in Karzinom eingebettet ist.)
35. *Muret, Incontinence d'urine et prolapsus vaginal. Rev. de Gyn. et de Chir. abd. Avril-Mai.
35a. Nádory, Béla, Fascia lata inplantatio a nöi genitaliák prolapsusaellen. Budapesti Orvosi Ujság, Szüleszet ès Nögyógyászat. Nr. 4. (Zur Heilung von Prolapsen empfiehlt Nádory eine, in einem Falle mit Erfolg versuchte Methode: Die Implantation der Fascia lata. Nachdem er aus der Faszie des rechten Schenkels einen etwa 1,5 cm breiten Streifen geschnitten, verengte er die vordere Scheidenwand mittelst Kolpotomie, führt dann mittelst Dechamp-Nadel den Faszienstreifen unter der Scheidenhaut herum, verengt die Scheide durch Anziehen der Faszienenden. Der Faszienring wird durch Naht der Kreuzungsstelle geschlossen und die Operation durch Vereinigung der Ränder der Kolpotomiewunde beendet.) (Temesváry.)
36. *Neuhof, An operation for ventrosuspension by the round ligaments. Journ. Amer. Med. Assoc. May 31.
37. *v. Ortenberg, Die Verwendung gestielter Hautlappen zum Verschluss grosser Mastdarm-Scheidenfisteln. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 47.
38. *Pankow, Über Ligamentverdoppelung. Verhandl. Naturf.-Ges. Münster. II. 2. Hälfte. p. 205.
39. Petit-Dutailis, Technique de la résection du col utérin suivant le procédé de Poney. Presse méd. 21 Juin. La Gyn. Juill. Bull. Soc. d'obst. Paris. Nr. 6. Juin. (Verwirft die bilaterale Inzision von Schröder vor der Amputation, umschneidet die Portio rings oberhalb des Os extern., löst aus beiden Lippen je einen Keil bis nahe ans Os int. aus und näht in der gewöhnlichen Art.)
40. Pozsonyi, Über einen dorso-perineal operierten Fall von primärem Scheidenkrebs. (Exstirpation des gesamten Genitalapparates und des Rektums.) Gyn. Rundschau. Heft 18. (Primäres Karzinom der hinteren Scheidenwand, welches das Septum rectovaginale infiltrierte. Amputatio recti mit Opferung des Sphinkter. Darauf vaginale Radikaloperation nach Schauta. Heilung.)
41. Rapin, Incision abdominale en gynécologie. Rev. de Gyn. et de Chir. abd. 1 Nov. (Bevorzugt transversale Inzision.)
42. Rindfleisch, Carl, Eine neue Methode der Amputatio corporis uteri supravaginalis per laparotomiam bzw. vaginam. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 13. (Unterscheidet sich von der H. W. Freundschen Methode nur durch eine Längsspaltung des eventrierten Uterus, Abtragen jeder Hälfte für sich und Vernähen jeder Cervixhälfte mit einem Faden.)
43. Russel, A. W., Vaginal hysterectomy with special reference of the clamp method. Journ. Obst. and Gyn. July. (Keine wesentliche Neuerung.)
44. *Schmid, Hans Hermann, Über freie Faszientransplantation. Gyn. Rundschau. Heft 12.
45. *Schürmann, Eine neue Methode der von mir angegebenen vaginalen Ligamentverkürzung bei Retroflexio uteri. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 50.
46. *Sellheim, Schwangerschaftsunterbrechung und Sterilisation in einer Sitzung auf abdominalem Wege. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. XXXVIII. Heft 2.
47. *Sigwart, Über die Naht der grossen Beckengefässe bei der abdominalen Radikaloperation. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 74. p. 374.
48. *Stolz, Max, Eine neue Methode der intraperitonealen Verkürzung der Ligamenta rotunda. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 5.

49. *De Tarnowsky, Tubal reimplantation, a new conservative operation for sterilization of women. Journ. Amer. Med. Assoc. April 19.
50. *Weibel, Die operative Behandlung der Rezidive nach der sog. Interpositio uteri vesico-vaginalis. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 50.
51. Zickel, Alexander-Adams mit Tuberkulumschnitt. Ebendas. Nr. 33. (Tiefer Querschnitt in der Höhe des Tuberculum pubis.)

Reimplantation der Tuben nennt de Tarnowsky (49) eine Sterilisierungsoperation, die darin besteht, dass er die Tuben eine Strecke weit vom Uterus abschneidet, das distale Stück in den Peritonealschlitz versenkt und sich dann rechts und links von einem Schnitt auf der hinteren Uteruswand aus bis nahe an den Tubenansatz bohrt. In die so geschaffenen Kanäle leitet er die proximalen Tubenstümpfe und näht sie dort fest. — Sellheim (46) führt bei gegebener Indikation die Schwangerschaftsunterbrechung und die Sterilisation in einer Sitzung aus. Er laparotomiert, entleert den Uterus durch einen queren Fundusschnitt, den er bis in die Tubenansätze verlängert und durch Naht wieder schliesst. Wenn nötig dilatiert er vorher noch von oben her die Cervix mit Dilatatoren und tamponiert den Uterus per vaginam. —

Die Verwendung der Ligamenta rotunda bei Retroflexionsoperationen erlaubt noch zahlreiche Variationen. Am einfachsten aber und sichersten verfährt Neuhof (36), der die Bänder lang streckt und vom Leistenring an fortlaufend ans parietale Pertioneum näht. Pankow (38) verdoppelt sie, indem er sie in der Mitte unterbindet und durchschneidet, das Ende des proximalen Teils am inneren Leistenring, das des distalen aber am Uterus fixiert. Beide Ligamentstücke werden ausserdem aneinander genäht. Langes (28) verdreifacht das Band auf dem Uterus, wofür ihm M. Stolz (48) die Priorität streitig macht. Weit komplizierter verfährt Dührssen (15): Pfannenstielschnitt bis auf die Faszie des Obliquus externus; Durchlochung derselben und des Muskels, Öffnen des Bauchfells, Fassen des. Lig. rot. und Durchziehen desselben an einem Fadenzügel mittelst Deschamps unter dem unterminierten Lig. lat. in den erstgenannten Schlitz. Das Band wird schliesslich dicht über der Symphyse festgenäht. — Ähnlich verfährt Figueroa (16). Nach Freilegen des Inguinalringes und Befreien des Bandes unterminiert man die Aponeurose des Obliquus externus und führt das mit einem Faden umschnürte Ligament mit Hilfe eines Deschamps unter der Aponeurose durch, die weit genug vom Annulus inguin. durchlocht wird. Das Band wird dann hier aussen angenäht. Bekannten Vorbildern folgt Buteau (8), der die Bänder nach Durchstechen der Ligg. lata auf der hinteren Gebärmutterwand festnäht. — Vaginal geht Schürmann (45) vor. Er schneidet die Ligamente in ihrer Mitte durch, perforiert die Scheidenperitonealplatte, zieht erstere durch und näht sie auf die umgeklappte „Rückseite“ der Vagina.

In dem Bestreben möglichst konservativ zu operieren führt Herm. Freund (18) bei Myomfällen, in denen nicht der ganze Uterus geopfert zu werden braucht, eine totale keilförmige Myomektomie im Bereiche des ganzen Fundus und Korpus aus. Aus diesem wird ein grosser melonenscheibenförmiger Keil ausgeschnitten; zwei Bogenschnitte gehen von der Mitte der hinteren Wand über den Fundus rechts und links und treffen sich in der Mitte der vorderen Wand. Jede Stelle kann nunmehr auf etwa noch verborgene Myomknoten durchsucht werden. Hypertrophische Partien des Endometriums werden abgeschabt oder abgetragen. Seltener ist eine Abkappung des Fundus uteri möglich, wenn nämlich ein solitäres Myom im Fundus sitzt. Dann zirkumzidiert Freund den ganzen Abschnitt mit (oder ohne) Eröffnung der Uterinhöhle und trägt ihn ab. Bei beiden Operationen adaptieren sich die Wände gut und nimmt der Uterus bald normale Formen an. Beide Eingriffe lassen sich auch vaginal ausführen.

Bei der Radikaloperation des Carcinoma colli uteri verringert sich nach Bumm (7) die Operationsperitonitis in dem Masse, als es gelingt, die Wunde

von infektiösem Material auszuschliessen. Peritonealisieren und Extraperitonealisieren leistet dabei wesentlich mehr als die Tampondrainage, die Bumm jetzt grundsätzlich beiseite lässt. Eine doppelte seroseröse Naht nach der Radikaloperation schützt am besten. Die erste vereinigt die Serosaränder der Blase und des Rektums mit dem Scheidenstumpf. Darauf Schluss der parametralen Wundhöhlen. Darüber kommt mit feinem Catgut und Darmnadel eine zweite fortlaufende seroseröse Naht, die von einem Lig. infundibulo-pelvicum zum anderen zieht. — Weniger als bei der radikalen Entfernung der karzinomatösen Gebärmutter als bei der von Drüsenpaketen ereignen sich Verletzungen grosser Gefässe, besonders Venen. Unter diesen ist das Schlitzen der Vena iliaca externa am bedeutungsvollsten, weil sich besonders bei älteren und kachektischen Patientinnen nicht immer ein Kollateralkreislauf ausbildet. Sigwart (47) führt die Naht dieser Gefässe mit feinster, im Handel als „Gefässseide" käuflicher Seide und feinsten, schwach gebogenen Gefässnadeln, die schon vor jeder Karzinomoperation eingefädelt sein sollen, aus. Der Carrelsche Nadelhalter ist dabei gut brauchbar. Bei grösseren Verletzungen soll man das Gefäss ober- und unterhalb der Rissstelle temporär mässig abklemmen und dann Knopfnähte anlegen. — Dartigues (13) klemmt bei der abdominalen Radikaloperation die Gefässe, Cervix und Scheide mit Klemmen ab und lässt dieselben wie beim vaginalen Vorgehen zweimal 24, selbst 72 Stunden liegen. Die Klemmen ragen zum unteren Winkel der sonst geschlossenen Wunde heraus. — A. Mayer (33) macht Angaben zur Präparation von Ureter und Uterina bei der erweiterten Uteruskarzinomoperation. Nach Abbinden der Adnexe und Verziehung des Uterus sieht man den Ureter an seiner Eintrittsstelle ins Parametrium, wo man ihn nach einem kleinen oberflächlichen Einschnitt isolieren und zur Seite ziehen kann. Man vermag jetzt — jedenfalls nur bei günstigen Fällen (Ref.) — das Ligament auszuräumen und die Uterina freizulegen.

Über eine hohe Harnleiterverletzung berichtet Mackenrodt (30). Dieselbe sass links etwa 7 cm unterhalb des Nierenbeckens. Mackenrodt führte den Ureterstumpf durch den mit Trokar durchlochten Quadratus und die Lumbalhaut, legte einen Harnleiterkatheter ein und band den Stumpf darauf fest. Das Katheterende wurde unter Borlösung gesetzt. Die Niere produzierte bis zum 5. Tag etwa 800 ccm Harn, dann immer weniger, so dass Mackenrodt, da irgendwelche Symptome nicht auftraten, den Ureter mit einer Klemme völlig abquetschte. Heilung.

Die Amputation der Cervix gestaltet man nach Bonney (6) am besten so, dass man nach keilförmiger Exzision der Muttermundslippen einen Faden durch die vordere Lippe und dann ein Ende desselben nahe der Basis mitten durch dieses Labium hindurchführt. Knüpft man jetzt, so rollt sich die Lippe gut einwärts. An der hinteren Lippe dasselbe Verfahren.

Hirst (22) stellt bei seiner Dammplastik von einer queren Inzision aus ungefähr die Emmetsche Anfrischungsfigur her, inzidiert ziemlich tief, legt die Levatoren und die Musc. transversi perinei prof. frei, schneidet letztere durch und näht dann den einen an den anderen, die Schleimhaut wie bei Emmet darüber.

Einfache Prolapsoperationen empfehlen Fothergill und Muret. Fothergill (17) exzidiert nach Amputation der hypertrophischen Portio ein Dreieck aus der vorderen Vaginalwand, dessen eine Seite gegen die Cervix, dessen Spitze aber gegen die Urethra gerichtet ist; nach der Naht soll dadurch der Uterus in Anteversion kommen. Muret (35) frischt bei einfacher Cystocele mit Inkontinenz die vordere Vaginalwand wie bei der klassischen Kolporrhaphie an, näht aber dann die untere Partie der Wunde longitudinal, die obere transversal. — Abadie (1) interponiert bei Cystocelen älterer Frauen den Uterus nach der vorderen Kolpotomie in die Scheide und näht ihn am Ansatz der Ligamenta rotunda an die freigelegten Levatoren.

Die nach der Schauta-Wertheimschen Modifikation der von W. A. Freund angegebenen Interpositio uteri vaginalis bei Prolapsen schützt, wie vorher gesagt war, nicht vor Rezidiven. Weibel (50) gibt verschiedene Operationen an, solche zu beseitigen, entweder Bauchschnitt, Verkürzung der Ligg. sacro-uterina und dann Dammplastik oder ein vaginales Verfahren. Bei letzterem wird der Uterus aus seiner künstlich hergestellten Verbindung mit der Scheide wieder völlig befreit und nun an den Schambogen und seitlich an die Levatorenschenkel genäht. Darauf Neubildung des Dammes, manchmal nach Verkürzung der Sakrouterinligamente per abdomen in derselben Sitzung. Diese neue Art der Uterusfixierung, die Wertheim überdies jetzt stets auch bei der „primären Prolapsoperation" ausführt, schützt jedenfalls auch nicht vor Rezidiven, weil die Harnblase im Prolapsgebiet bleibt.

Jacobovici (25) nennt seine Prolapsoperation Myohysteropexie. Er fixiert die Gebärmutter mittelst der abgelösten Musculi psoas min. oder zweier Streifen aus dem Psoas major, die an die vordere Wand des unteren Segments angenäht werden. Auch Bündel der Rekti können dazu verwendet werden.

Bei Cystocelen verkürzt Goffe (19) die Ligg. rot. vaginal, löst die Blase von der Scheide ab und näht dieselbe auf das Corpus uteri. Bei grösseren Prolapsen älterer Patientinnen macht er die vaginale Totalexstirpation, vereinigt alle Ligamentstümpfe in der Mitte zu einem „Septum" und näht die Harnblase auf dieses.

Gelingt es bei Defekten des Blasenhalses und des Sphincter urethrae nicht, einen natürlichen Verschluss zu bilden, so stellt Mackenrodt (31) zunächst aus der umgebenden Blasen- resp. Vaginalschleimhaut das fehlende Stück Blase und Urethra her, eventriert dann den Uterus durch die vordere Kolpotomie und reseziert die Tuben. Der Fundus uteri muss direkt unter die Gegend des Sphincter vesicae zu liegen kommen. Die weit abpräparierten Scheidenlappen werden darüber so fest zusammengezogen und vernäht, dass der Uterus den Blasenhals kräftig zusammendrückt.

Schmid (44) transplantierte ein Stück aus der Fascia lata des Oberschenkels zwischen die Blasen- und Scheidenwand bei einer mehrfach ohne Erfolg operierten Blasenscheidenfistel. Die Vagina wurde längs gespalten, die Fistelränder umschnitten, angefrischt und vernäht, dann wurde das Faszienstück interponiert und mit Catgut straff festgenäht. Voller Erfolg.

von Ortenberg (37) heilte eine grosse Blasen- und Mastdarmscheidenfistel. Nach tiefer Spaltung der Narben durch zwei zu den Sitzhöckern gehende Schnitte gelang der Verschluss der Vesikovaginalfistel. Der Mastdarm wurde von der Scheide abgelöst und isoliert vernäht, über ihn die Scheidenlappen. Beide Fisteln öffneten sich wieder. Nach einer zweiten Operation heilte die Blasenfistel. Dann wurde das ganze restierende Scheidenrohr hoch hinauf abpräpariert. Nach Schliessung der Mastdarmfistel und Überlagern der restierenden hinteren Scheidenwand wird behufs Ersatzes des unteren fehlenden Stückes der Vagina aus der Haut der Nates rechts ein grosser Lappen geschnitten, der gestielt blieb. Er wird in die Scheide hineingeklappt, mit der wunden Fläche gegen die Mastdarmnaht gelegt und seitlich vernäht.

Beim Mastdarmkrebs gibt nach Dahlgren (12) die zweizeitige Operation besseren Aufschluss über die Operabilität und Schutz gegen Darmgangrän. Erst soll man den Bauchschnitt ausführen und den Darm durch die Unterbindung des Mesocolon sigmoideum mobilisieren; in einer zweiten Sitzung wird dann von einem Sakralschnitt aus das Steissbein entfernt und der Mastdarm reseziert.

IX.

Ligamente und Tuben.

Referent: Prof. Dr. Fromme.

a) Vordere Bauchwand, Hernien.

1. Auvray, Sur la hernie inguino-interstitielle chez la femme. Soc. de chir. 7 Mai. La Presse méd. 14 Mai. p. 395.
2. Babesch, Neue Betrachtungen über ein pathognomonisches Zeichen bei Tumoren der Bauchwand. Spitalul. 1912. Nr. 4. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 15. p. 556.
3. Barker, The treatment of large Herniae. The Lancet. April 12. p. 1011. Med. Assoc. Vol. 60. Nr. 26. p. 2032.
4. Bates, Eine neue Operation zur Heilung der indirekten Inguinalhernie. Journ. Amer. med. Assoc. Vol. 60. Nr. 26. p. 2032.
5. Bernstein, Zur Kasuistik der Hernien. Arch. f. klin. Chir. Bd. 100. p. 1094.
6. Clément, Hernie propéritonéale étranglée consécutive à une eventration. Prov. méd. 26. p. 118.
7. Cullen, Tumoren des Nabels, welche Uterusmukosa oder Überreste der Müllerschen Gänge enthalten. Surg., Gyn. and Obst. 1912. Nr. 5. (Bei Frauen zwischen dem 30. und 55. Jahre kommen Geschwülste des Nabels vor, die bis nussgross werden, oft schmerzhaft sind und gewöhnlich zur Zeit der Periode ein bräunliches Sekret absondern. Auf dem Durchschnitt finden sich kleine zystische Hohlräume, die mit bräunlicher Flüssigkeit erfüllt sind. Histologisch besteht das Stroma aus dichtem Bindegewebe, oft auch aus glatter Muskulatur, darin liegen tubuläre Drüsen mit zylindrischem Epithel, die das Bild der Uterusmukosa darstellen. Aus der Literatur werden neun Fälle zusammengestellt, deren Drüsenbestandteil vom Uterus oder Teilen der Müllerschen Gänge abgeleitet wird.)
8. *Daniel, Die Leistenhernien der weiblichen Geschlechtsorgane. Hernien — Adnexitiden. Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. 18. p. 312.
9. Ducuing et Marty, Fibrome de la paroi abdominale. Toulouse méd. Jahrg. 15. Nr. 10. p. 178. (Reines Fibrom der Bauchwand bei einer 25jährigen Multipara, das nach einer schweren Entbindung aufgetreten war. Verf. nimmt an, dass die Fibrome aus Muskelzerreissungen der Bauchwand, speziell der Rekti, entstehen, wie solche bei schweren Geburten vorkommen können.)
10. Ehler, Über myoplastische Radikaloperationen der Leistenbrüche. Arch. f. klin. Chir. Bd. 98. Heft 2.
11. Farrar, Hernia of the uterus and both adnexa with report of a case. Amer. Journ. of Obst. Vol. 68. p. 114. Nr. 1.
12. Fraser, Erfolgreiche Operation einer strangulierten epigastrischen Hernie bei einer Hundertjährigen. Lancet. Vol. 2. Nr. 11. Sept. p. 799.
13. Grant, Brettharte Phlegmone (Ligneous phlegmon) der Bauchdecken. Journ. Amer. med. Assoc. Nr. 4. p. 1059. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 30. p. 1128.
14. Hannes, Knochenbildung in der Laparotomienarbe. Gyn. Rundschau. Nr. 21. p. 771. (Hannes veröffentlicht den 16. und 17. bis jetzt bekannten Fall. Immer handelte es sich um Schnitte in der Mittellinie. Der Vorgang wird aufgefasst als Verknöcherung des Faszien- oder Narbengewebes, hervorgerufen durch Operationstrauma, versenkte Nähte, Infektion und Traumen schwerer körperlicher Arbeit.)
15. Heineck, Hernien, enthaltend Ovar oder Tube oder beide zusammen. Pacif. med. Journ. 1912. u 1913. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr 20. p. 750.
16. Kirchner, Properitoneal hernia. Amer. Assoc. of Obst. and Gyn. meet. Toledo. Ohio, Amer. Journ. of Obst. 67. Nr. 4. p. 690.

17. Kubinyi, P., und J. Farkas, Szülés hat fali sarkoma kiirtása után. Aus der Sitzg. der gyn. Sekt. des kgl. Ärztevereins am 17. Dez. 1912. Ref. Orvosi Hetilap. Gyn. Nr. 1. (Exstirpation eines Bauchdeckensarkoms im dritten Monate der Schwangerschaft; trotz Fortdauer derselben und trotz Geburt trat keine Dehiszenz der genähten Bauchdecke auf.) (Temesváry.)
18. Küstner, Kindskopfgrosser, aus dem Nabel herausgewachsener gangränöser, gestielter Tumor. Gyn. Ges. in Breslau. 21. Jan. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 19. p. 684.
19. *Küttner, Über zirkumskripte Tumorbildung durch abdominale Fettnekrose und subkutane Fettspaltung. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 1.
20. *Landmann, Über die Radikaloperation der umbilikalen, subumbilikalen, epigastrischen und postoperativen Hernien der Linea alba nach Menge. Inaug.-Diss. Heidelberg.
21. Lebedeff, Radikaloperation der Herniae lineae albae nach Menge. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 28. Heft 11. p. 1541. (Russisch.) (H. Jentter.)
22. Le Clerc, Hernie propéritonéale crurale. Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris. 39. p. 437.
23. Mac Kenty, The surgical treatment of pendulous abdomen. Canad. med. Assoc. Journ. Vol. 3. Nr. 5. p. 355.
24. Matthey, Sogenannte eingeklemmte Hernien der Adnexe. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 83. Heft 2. (Drei Monate altes Kind mit rechtsseitiger inkarzerierter Leistenhernie. Bei der Operation zeigte sich als Inhalt das infarzierte Ovarium, welches teilweise zystisch degeneriert war. Resektion der Adnexe dicht am Uterushorn. Exitus nach vier Tagen.)
25. Martin du Pan, Tumeur de la paroi abdominale. Soc. méd. de Genève. 14 Nov. 1912.
26. Miginiac, Fibrome de la paroi abdominale. Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris. 88. p. 102.
27. Migignac et Giroux, Fibrome de la paroi abdominale antérieure. Soc. anat. 7 Févr. La Presse méd. 19 Févr.
28. Morestin, Laparoptose et laparoplastie. Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris Tome 39. Nr. 26. p. 1114.
29. Morian, Über chronisch-entzündliche Geschwülste an und im Bauche. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 114. Heft 1—3.
30. Montag, Perforation der Bauchwand auf der Höhe eines grossen postoperativen Bauchbruches. Lyon. méd. Nr. 15. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 30. p. 1128.
31. Omi, Sarkom der Bauchdecken. Inaug.-Diss. München 1912.
32. Palluy, Hernies sous-ombilicales de la ligne blanche. Thèse de Lyon 1912.
33. Péraire et Masson, Fibrome par récidive de la paroi abdominale. Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris. 1911. Nr. 2.
33a. Rosenberger, Drei Fälle von Hernien der weiblichen Geschlechtsorgane. Chir. April. (1. Inkarzerierte Schenkelhernie bei einem 12jährigen Mädchen, Inhalt: Ovarium. 2. Gleichfalls inkarzerierte Schenkelhernie bei einer 30jährigen schwangeren Frau, im Bruchsack entzündete Tube. 3. Freie Leistenhernie bei einer 39jährigen Frau — im Bruchsack neben Darm und Netz — Uterus mit linken Adnexen.) (H. Jentter.)
34. Scalone, Ernia crurale strozzata della tromba uterina con sindrome d'ilea paralitico, operazione, guarigione. Policlinico. Nr. 10. p. 433. Tome 20.
35. Schottelius, Pfannenstiel-Mengesche Operation des Bauchnarbenbruchs und der Rektusdiastase. Ärztl. Verein in Hamburg. 3. Juni. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 45. p. 2227.
36. Steinberg, Desmoide Geschwülste der Bauchdecken an der Hand eines Falles. Inaug.-Diss. München 1912.
37. Thompson, Eine neue operative Methode bei Schenkelhernien. Lancet. Oct. 11. p. 1063.
38. Tourneux, Hernie de la trompe de Fallope. Rev. mens. de gyn., d'obst. et de péd. Jahrg. 8. Nr. 8. p. 484.
39. Trapl, Ein entzündliches Dermoid der Bauchwand. Casopis ceskych lékarno. Nr. 9. (Nach einer Laparotomie bildete sich ein der Bauchwand anliegender Tumor bindegewebiger Natur, Desmoid mit eitrigem Abszess, durch die Infektion der Seidenligatur entstanden. Er wurde gelegentlich einer folgenden Laparotomie wegen Ovarialzyste mitentfernt.)

40. Waljaschko und Lebedew, Zur Prophylaxe der Hernien und Eventrationen nach Laparotomien. Russki Wratsch. Nr. 1. (Die Idee, welche der Methode zugrunde liegt, ist kurz folgende: Es wird aus der Fascia lata ein Lappen genommen, mit welchem die durchschnittenen Muskeln der Bauchwunde bedeckt werden. Durch diese Aponeurose werden die Muskeln vor Atrophie geschützt.) (H. Jentter.)
41. *Wollin, Ein zystischer Tumor der Bauchdecken. Prager med. Wochenschr. Nr. 16.
42. Zitronblatt, Zur Kasuistik und Histogenese der Nabeladenome. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 8. (Es besteht ein Unterschied zwischen wahrem und falschem Nabeladenom. Das erstere, der sog. Divertikelprolaps, ist eine Vorstülpung eines nicht zurückgebildeten Restes des Ductus omphalomesentericus und wird nur in den ersten Lebensmonaten beobachtet. Das wahre Nabeladenom ist aber eine benigne Geschwulstbildung, die aus Epithelresten des Dotterganges besteht; sie kommt im späteren Lebensalter vor. Derart sind bis jetzt vier Fälle beschrieben. Verf. fügt einen neuen bei einer 36 jährigen Frau hinzu. Das Adenom wurde operativ entfernt.)

Daniel (8) kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Die Chirurgie der Geschlechtsorgane und insbesondere der Uterusadnexa ist interessant sowohl ausserhalb als innerhalb des Beckens. Haben sie sich im Bruchsack niedergelassen, so sind die Segmente des Uterus-Adnexapparates verschiedenen mechanischen und septischen Angriffen ausgesetzt. Das Auftreten der Hernie im jugendlichen Alter (95%), das abnorme Fortbestehen des Nuckschen Kanales werden oft ein Köder für die Leistenhernie. Dass die Leistenhernien so oft mit geschlechtlichen Missbildungen einhergehen (36%), erklärt die Häufigkeit der angeborenen Uterus-Adnexa-Hernien (60%).

2. Aus dem Studium der verschiedenen Arbeiten über die Genitalleistenbrüche ergibt sich, dass alle Veränderungen, mechanische, entzündliche, neubildende Prozesse, die die Geschlechtsorgane im Becken ergreifen können, auch bei den angeborenen Genitalleistenbrüchen gefunden werden. Will man noch die Schwangerschaft in Uterus oder Adnexen, die verschiedenen geschlechtlichen Missbildungen hinzufügen, so ist die Behauptung berechtigt, dass die gesamte gynäkologische Pathologie in den Säcken der Leistenhernie gefunden werde. Es ist also angebracht, dass der Gynäkologe umsichtig sei in der extraabdominalen Chirurgie der Geschlechtsorgane des Weibes.

3. Die Leistenhernien-Adnexitiden verdienen das grösste Interesse wegen ihrer Seltenheit (7 veröffentlichte Fälle), wegen der Schwierigkeit der Diagnose und der gefährlichen peritonealen Angriffe.

Landmann (20) gibt in seiner Dissertation eine Beschreibung der Technik und Methodik der Mengeschen Radikaloperation unter Anführung von typischen Operationsberichten bei Hernien der Linea alba. Operationsmodus ist folgender: Querverlaufender Hautschnitt, Freilegung und Anfrischung des Bruchringes, Abbinden des Bruchsackes, Querschnitt durch die vordere Rektusscheide und Peritoneum, das unterhalb der Linea semicircularis allein mit der dünnen Fascia transversa an deren Stelle tritt. Längsnaht des Bauchfells, getrennt oder mit der hinteren Aponeurose zusammen, Vereinigung der Rekti in der Medianlinie und Quernaht der Faszie und Haut. 59 Patientinnen wurden so operiert, darunter 26 Umbilikalhernien, 21 Hernien der Linea alba, 9 Rektusdiastasen und Venter propendeus, 1 Hernie der Linea alba und Umbilikalhernie, 1 Umbilikal- und Subumbilikalhernie. 3 Kranke starben = 5%, zweimal an Peritonitis, einmal an Lungenembolie. Endresultate waren ausgezeichnet.

Küttner (19) teilt einen Fall mit, in dem eine 56 jährige Frau einen in der rechten Bauchseite gelegenen kindskopfgrossen, derben rundlichen Tumor aufwies, der für ein appendizitisches Exsudat gehalten werden musste. Bei der Operation fand sich eine von adhärenten Darmschlingen und Netz umgebene Höhle, die mit nekrotischem Fettgewebe und opake Fetttropfen enthaltenden Flüssigkeit gefüllt war. Appendix intakt. Es konnten weder Eiter noch Geschwulstelemente nachgewiesen werden. Bakteriologische Untersuchung war

negativ. Es handelte sich also um eine Tumorbildung durch abdominale Fettnekrose.

Wollin (41) beschreibt einen gänseeigrossen, kugeligen, zwischen Peritoneum und Muskulatur neben dem Nabel gelegenen Tumor, der sich histologisch als ein Enterokystom, vom Dottergang stammend, erwies. Dies ist der sechste bisher bekannte Fall.

---

b) Hämatocele.

1. Benthin, Hämatocele als Folge einer geplatzten Corpus luteum-Zyste. Nordostdeutsche Ges. f Gyn. 1. Febr. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. p. 532. (Fall verlief klinisch unter dem Bilde einer Tubenruptur und Hämatocelenbildung. Es fehlten jegliche choriale Elemente und deciduale Reaktion.)
2. Bonneau, Inondation péritonéale par rupture spontanée d'une veine utéro-ovarienne. Soc. de chir. de Paris. 21 Févr. La Presse méd. 22 Mars. Nr. 24. p. 236.
3. Gross et Heully, Des hémorrhagies intrapéritonéales d'origine génitale mais non gravidique. Arch. mens. d'obst. et de gyn. Jahrg. 2. Nr. 5. p. 462.
4. Kynoch, Pelvic haematocele from rupture of a blood cyst of the ovary. Edinb. Obst. Soc. Ref. The Lancet. March 29. p. 893. (Bei der Diskussion berichtet Haultain, dass er sechs Fälle von Hämatocele ohne Extrauteringravidität beobachtet habe. Zweimal war menstruelles Blut durch die Tube zurückgeflossen, wobei in einem Falle die Patientin keine Vagina hatte, in zwei anderen Fällen stammte die Blutung von geplatzten Gefässen bei Fibrom, in einem Falle war das breite Ligament zerrissen, der andere Fall war eine Hämatocele ovariellen Ursprungs.)
5. Maier, Pelvic hematocele and embolism of unusual origin. Transact. of the Obst. Soc. of Philadelphia. March 6.
6. Maliver, Du traitement des hématocèles infectées par laparotomie et drainage abdomino-vaginal. Thèse de Lyon 1912.
7. Martini, Über die Hämatocelen nach Tubargravidität, mit besonderer Berücksichtigung der Haematocele anteuterina. Inaug.-Diss. Leipzig.
8. Monteverde, Behandlung der Hämatocele des Beckens. Rev. de la soc. med. Argentina. 21 Mai. Nr. 121. p. 483.
9. Reinhard, Ektopische Schwangerschaft und intraperitoneale Blutung aus Ovarialzysten, besonders solchen der Corpora lutea. Gyn. Rundschau. 7. Jahrg. Heft 6. (Folgende Schlüsse werden gezogen: 1. Extrauteringravidität ist die häufigste, aber nicht alleinige Ursache von Hämatocelenbildung oder freier intraperitonealer Blutung. Neben der ektopischen Schwangerschaft kommt der Ruptur von Ovarialzysten die hauptsächlichste Bedeutung für das Entstehen abdominaler Blutungen von seiten der Genitalorgane zu. 2. Von besonderer Bedeutung sind die Blutzysten der Corpora lutea; dieselben sind häufiger als seröse Corpus luteum-Zysten, erreichen aber meist nicht deren Grösse und rupturieren infolgedessen selten. Den bisher bekannten Fällen werden zwei neue hinzugefügt. 3. Die Ruptur von Corpora lutea bzw. deren Zysten erfolgt meist einige Tage vor dem erwarteten Eintritt der Menstruation. Die häufigste Ursache ist ein akzidentelles Trauma. 4. Corpus luteum-Zysten bei Tubenschwangerschaft sind häufig. Ruptur von Zysten eines Corpus luteum graviditatis ist bisher nicht beschrieben; der erste Fall wird mitgeteilt. Derselbe war mit Tubenschwangerschaft kompliziert mit unversehrter äusserer und innerer Fruchtkapsel.)
10. Thorn, Zur Therapie der Hämatocele. Nordwestdeutsche Ges. f. Gyn. 9. Nov. 1912. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. p. 693. (Thorn und in der Diskussion Prochownik betonen, dass die Hämatocele sehr wohl konservativ behandelt werden könnte, wenn der Fall in die Klinik aufgenommen werden könne.)

---

c) Adnexe im allgemeinen, Lig. latum und rotundum, Beckenperitoneum, Proc. vermiformis.

1. Albinsky, Zur Behandlung der Entzündungen des Beckenbauchfelles und des Beckenzellgewebes nach Grammatikati. Wratsch. Gaz. Nr. 17. Sitzungsber. d. geb.-gyn. Ges. zu Tomsk. (H. Jentter.)

1a. Alexandrow, Die Rolle des Bauchfells bei Torsion der Adnexe. Med. Obosrenie. Nr. 15. (H. Jentter.)
2. Arrivat, Quelques considérations à propos d'un cas de tuberculose des annexes de l'utérus. Montpellier. Soc. des sciences méd. 25 Avril. La Presse méd. 14 Juin.
2a. Barth, Über den Erfolg von 90 eitrigen Adnextumoren. Inaug.-Diss. Basel 1910.
3. Bauer, Ein Fall von Douglashernie. Geb.-gyn. Ges. in Wien. 12. Nov. 1912. Gyn. Rundschau. p. 307.
4. Bérard et Payot, Castration pour tuberculose utéro-annexielle avec larges adhérences à l'intestin. Fistules pyostercorales consécutives guéries par la photo- et héliothérapie. Soc. des sciences méd. de Lyon. 8 Janv. La Gyn. Mars.
5. Berard und Ronot, Grosser tuberkulöser Adnextumor (Heliotherapie bei peritonealer Tuberkulose). Lyon. méd. 1912. Nr. 12. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 5. p. 183.
6. Beuttner, Zur Technik der Exstirpation entzündlich erkrankter Adnexe an der Hand von 100 einschlagenden Operationen. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte. 43. p. 2, 40 u. 69.
7. Blecher, Kampferöl bei Peritonitis und Douglasabszess. Münchn. med. Wochenschr. 10. Juni.
8. Bondy, Beziehung von Pseudomyxoma ovarii et peritonei zur Appendix. Gyn. Ges. in Breslau. 21. Jan. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 37. p. 509—510.
9. Broca, Traitement chirurgical de la péritonite tuberculeuse. Rev. franç. de méd. et de chir. Jahrg. 10. Nr. 9. p. 131.
10. Budd van Sweringen, Konservatismus bei Operationen wegen akut entzündlicher Beckenerkrankung. Amer. Assoc. of Obst. and Gyn. 27. Vers. 16.—18. Sept. Zentralbl. f. Gyn. 1914. p. 178.
11. Calmann, Ein Beitrag zur Behandlung langdauernder eitriger Adnexerkrankungen. Geb. Ges. in Hamburg. 10. Dez. 1912. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 15. p. 545.
12. — Ein Beitrag zur Behandlung langdauernder, fieberhafter eitriger Adnexerkrankungen. Fortschr. d. Med. Jahrg. 31. Nr. 35. p. 953.
13. Chapple, The treatment of pelvic inflammation by auto-inoculation. The Lancet. Jan. 18. p. 165.
14. Cirera-Salse, Die Galvanisation und Faradisation bei der Appendizitis und anderen entzündlichen Abdominalaffektionen. Zeitschr. f. med. Elektrol. 14. p. 35—38.
15. Constantini, Adenomioma dell' utero e tuberculosi utero-annessiale complicata. Policlinico. Sez. prat. 20. p. 473—477.
16. Desgouttes et Olivier, Rôle des lésions intestinales dans le pronostic opératoire des annexites tuberculeuses. Lyon. méd. 120. p. 541—547.
17. Duff, Erfolgreiche Entfernung eines grossen retroperitonealen Sarkoms mit Bemerkungen über die Operationsmethode und die Behandlung. Glasgow. med. Journ. 1912. August. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 15. p. 559.
18. Duroux, De l'hydro-appendicitose. Rev. de Gyn. et de chir. abdom. 20. p. 143—174.
19. Duvergey, Des indications de l'intervention d'urgence dans les péritonites aiguës par perforations salpingiennes. Sem. gyn. 18. p. 41—44.
20. Ebeler, Über die Erfolge der operativen Behandlung chronisch-entzündlicher Adnexerkrankungen. Med. Klinik. 1912. Nr. 32. (Es wird empfohlen Radikaloperation in der Form der Entfernung beider Adnexe und der supravaginalen Amputation des Uterus. Die Operation soll erst ausgeführt werden, wenn alle konservativen Massnahmen sich erschöpft haben.)
21. Ebner, Über retroperitoneale Lipombildung mit spezieller Berücksichtigung der mesenterialen Lipome. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 82. Heft 1.
22. Eylenburg, Fibrome des Ligamentum Pouparti. Breslauer chir. Ges. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 32. p. 1504. (Fibrom des Lig. Pouparti, welches in der Schwangerschaft entstanden und grösser geworden sein soll bei einer 25jährigen Patientin, ein weiteres, von einer 32jährigen Patientin. Diagnose des Ausgangspunktes der Geschwülste vor der Operation unmöglich.)
23. Eymer, Die Röntgenstrahlen in Gynäkologie und Geburtshilfe. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahlen. Ergänzungsbd. 29. (Auch bei Adnexerkrankungen scheinen durch Röntgenbestrahlung Erfolge möglich zu sein.)
24. Fabre et Bourret, Un cas de granulie péritonéale dans le post partum chez une malade présentant une tuberculose annexielle ancienne. Journ. de méd. de Paris. Jahrg. 33. Nr. 32. p. 638.

25. Falgowski, Treatment of pelvic infiltrations. Sem. méd. Nr. 30.
25a. — Neuere Beiträge zur Pathologie und Therapie der entzündlichen Erkrankungen der Uterusadnexe. Gaz. Lekarska. Nr. 18—20. (Polnisch.) v. Neugebauer.)
26. Falkner, Direkte Behandlung der tuberkulösen Peritonitis mit Jodpräparaten. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 18. p. 978.
26a. Fekete, Sándor, Adatok az intrauterin argentamin-befecskudezések hatásához az adnexák gonorrhoeás megbeteg edéseinel. Orvosi Hetilap. Gyn. Nr. 2. (Fekete machte in 16 Fällen von gonorrhoischen Adnexerkrankungen intrauterine Injektionen mit einer 2%igen Argentaminlösung. Bei nicht zu grossen und nicht zu veralteten Adnextumoren war der Erfolg sowohl subjektiv wie objektiv sehr zufriedenstellend. In Fällen, wo Fiebererscheinungen vor kurzem erst aufgehört hatten, traten Exazerbationen auf. Die Behandlung soll stets unter Kontrolle des Thermometers vorgenommen werden und wo Temperatursteigerungen auftreten, muss von ihr abgesehen werden.) (Temesváry.)
27. Fonyo, Über die Appendizitis bei Frauen. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 84. Heft 1. p. 273.
28. Fulleston, Typho-tuberculous tubo-ovarial abscess. Surg., Gyn. an Obst. XVI. p. 180.
29. Geipel, Zystenbildung des Bauchfells bei Tuberkulose. Zentralbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. 24. p. 10—12.
30. Graham, Primary cancer of the vermiforme appendix. Edinb. med. Journ. 10. p. 30—41.
31. Grosse, Voluminöse Zyste des Lig. latum und Schwangerschaft. Abtragung der Zyste, weitere Dauer der Schwangerschaft. Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. Jahrg. 8. Nr. 9.
32. Gutmann, Über das Ergebnis von 100 Operationen eitriger Adnexe aus der Universitäts-Frauenklinik zu Strassburg i. E. Juni.
33. Haim, Beitrag zu den Blasenerkrankungen bei entzündlichen Erkrankungen der Adnexe. Zeitschr. f. gyn. Urol. Bd. 4. p. 63—68.
34. Hannes, Die Adnexerkrankungen. Ergebn. d. Chir. u. Orthop. Bd. 6. p. 609.
35. Härtel, Die tuberkulöse Peritonitis. Ergebn. d. Chir. u. Orthop. Bd. 6. p. 370.
36. Hasse, Zur Behandlung chronischer Beckenerkrankungen. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 4. p. 133.
37. Hay, General septic peritonitis. Canad. practit. A. rev. Vol. 38. Nr. 2. p. 78.
38. Heller, Über Tumoren des Ligamentum rotundum uteri. Inaug.-Diss. Berlin.
39. Hörrmann, Seltene klinische Erscheinungen einer Beckenbindegewebszyste (Epidermoidzyste). Zentralbl. f. Gyn. 37. p. 240—244.
39a. Jacobs, Über einige adenomyomatöse Tumoren an den weiblichen inneren Genitalorganen. Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. 19. Heft 1.
40. Kaiser, Zur Behandlung der Adnextumoren. Gyn. Ges. zu Dresden. 16. Jan. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 21. p. 772.
40a. Kakuschkin, Beobachtungen über die Probepunktion der Beckenexsudate. Journ. akusch. i shensk. bolesn. Dez. (H. Jentter.)
41. Kantorowicz, Sollen wir die Erkrankungen der Adnexe abdominal oder vaginal operieren? Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. 15. März. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. p. 674.
42. Kappis, Beiträge zur Frage der Sensibilität der Bauchhöhle. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 26. p. 493.
42a. Kubinyi, Pál, Uterus- és adnextuberculosisból kiindúlt tuberculosis miliaris acuta. Aus der Sitzg. der gyn. Sekt. des kgl. Ärztevereins am 22. April. Ref. Orvosi Hetilap. Gyn. Nr. 2. (Bericht über einen Fall von Tuberculosis miliaris acuta im Anschluss an eine Tuberkulose des Uterus und der Adnexe.) (Temesváry.)
43. Kümmell, Endresultate der operativen und nichtoperativen Behandlung der Bauchfelltuberkulose. Zentralbl. f. Chir. Bd. 40. p. 463—466. (Kümmell empfiehlt auf Grund von 128 Fällen — davon 85 operiert — bei der exsudativen Form der Peritonitis tuberculosa die Laparotomie mit nachfolgender Bestrahlung, bei der Peritonitis tuberculosa sicca nur die Bestrahlung.)
44. Lauwers, Sarcome à métastases du ligament large associé à un fibrome utérin. Acad. roy. de méd. belgique. Presse méd. 21. p. 202.
45. Lizcano, Incurabilidad, dolor y hematologia en las anejitis. El Siglo médico. 60. p. 65—68.

46. Lizcano, Inconvenientes de las curas intrauterinas en las anexitis. Siglo méd. 60. p. 97—99.
47. — La indicación operatoria en las anejitis. El Siglo médico. 60. p. 3—5.
48. Lörincz, B., A méhfüggelékek lobos megbetegedés einek kezelése intrauterin befecskendezésekkel. Gyógyászat. Nr. 3. (Bericht über 82 Fälle von entzündlichen Adnexerkrankungen, behandelt durch 2%ige Argentaminlösung nach den Zweifelschen Vorschriften; Erfolg sehr zufriedenstellend.) (Temesváry.)
49. Mac Morrow, Some old pelvic inflammatory diseases, their non-surgical treatment, with report of cases. Journ. of the Amer. med. Assoc. 60. p. 966.
50. Moritz, Über die Natur der sog. Mackenrodtschen Ligamente. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 23. Nr. 3. March. (Die sog. Mackenrodtschen Ligamente beruhen nach den Untersuchungen des Verf. an Becken von Kindern und Erwachsenen auf einem anatomischen Irrtum.)
51. Müller, Die Beziehungen zwischen Appendizitis chronica und den Erkrankungen der Ovarien und der Tuben. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Jahrg. 10. Nr. 22. p. 683.
52. Mussatow, Zur Frage über die Behandlung der chronischen gonorrhoischen Salpingo-Oophoritiden durch intrauterine Injektionen von Argentamin. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 40 p. 1470. (Mussatow bringt eine Bestätigung der guten Erfolge der intrauterinen Argentamininjektionen, wie sie von der Zweifelschen Klinik angegeben wurden. Er sah in allen behandelten Fällen ein Zurückgehen der subjektiven und objektiven Symptome. Auch Lörincz (48) sah nach den Injektionen gute therapeutische Erfolge.)
54. Oldfield, Bericht über zwei Fälle von Divertikulitis als Ursache von Adnexentzündungen. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 23. Nr. 1. p. 43.
55. Ollivier. Le traitement de la tuberculose annexielle. Résultats éloignés. Thèse Lyon. 1911—1912.
56. Opitz, Einiges über Beziehungen von Entzündungen des Dickdarmes zu den weiblichen Geschlechtsteilen und zu funktionellen Neurosen. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 23. Heft 2.
57. Paucot, Hématocèle du ligament large par rupture de grossesse tubaire. Rev. prat. d'obst. Jahrg. 26. Nr. 286. p. 76.
58. Patel et Dujot, Un cas de pélvipéritonite à colibacilles pendant la grossesse. Soc. nat. de méd. de Lyon. 14 Avril. La Presse méd. Nr. 70. p. 712.
59. — et Olivier, De la thérapeutique chirurgicale conservatrice dans le traitement de la tuberculose annexielle. Revue de gyn. Tome 21. Nr. 1. (Nichts wesentlich Neues. Im allgemeinen ist konservative Behandlung anzuwenden.)
60. Peiser, Parovarialzyste mit Peritonealtuberkulose. Gyn. Ges. in Breslau. 21. Jan. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 19. p. 688.
60a. Pickl, Differentialdiagnose zwischen Appendizitis und Stieltorsion von Adnextumoren. Inaug.-Diss. München. Febr.
61. Potherat, Suppuration pelvienne, Hysteréctomie vaginale. Clin. 8. p. 114—116.
62. Queisner, Beitrag zur Ätiologie des eitrigen retrouterinen Exsudats. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. 1. Febr. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. p. 530.
63. Rathe, Pseudomyxoma peritonei mit Beteiligung der Ovarien und der Appendix. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. p. 322—325.
64. Ries, Alternierende Adnexschwellungen. Deutsche med. Ges. in Chicago. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 27. p. 1522. (Bei den Menses traten bis über mannsfaustgrosse Schwellungen der Adnexe auf, die langsam zurückgingen. Bei der Laparotomie fanden sich eine Menge Corpus luteum-Zysten, zahlreiche Adhäsionen und Verf. nimmt an, dass das Blut bei den Follikelblutungen nicht abfliessen konnte, sondern sich ansammelte und erst langsam resorbiert werden musste, wodurch die menstruellen Adnexschwellungen erklärt erscheinen.)
65. Rouville, A propos de trois cas de tuberculose annexielle. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Nr. 3. Mars.
66. Runge, Röntgentherapie in der Gynäkologie. 15. Versamml. d. deutsch. Ges. f. Gyn. Halle a. S. Mai. (Die Bestrahlung mit Röntgenlicht hatte bei zwei Fällen von Adnexentzündung zunächst sehr starke menstruelle Blutungen zur Folge, schliesslich trat Amenorrhoe ein.)
67. Salle und Forraz, Die Tuberkulose der Adnexe. Gaz. des hôp. 1912. Nr. 143.
68. Sato, Über einen Fall von retroperitonealem Ganglioneurom (Neuroma verum gangliosum myelinicum nervi sympathici). Arch. f. klin. Chir. Bd. 97. Heft 1.
69. *Schottmüller und Barfurth, Zur Ätiologie der eitrigen Adnexerkrankungen. Beitr. z. Klin. d. Infektionskrankh. Bd. 2. Heft 1. p. 45.

70. Sensert, Beitrag zur Behandlung der tubo-ovariellen Varikocele. Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. 1912. Nr. 7.
71. Skrjabin, Ein seltener Fall von gigantischem Ganglioneurom des retroperitonealen Zellgewebes. Journ. f. Geb. u. Gyn. 1912. p. 335. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 15. p. 560.
72. Smith, Prognostic value of the Leukocyte count in pelvic suppurative conditions. Surg., Gyn. and Obst. XVI. 403.
73. Staudinger, Die Lipome des kleinen Beckens und ihre Beziehung zum Lig. rotundum. Inaug.-Diss. München 1912. (Lipom im linken Lig. latum von Faustgrösse. Exstirpation durch Laparotomie.)
74. Steidl, Zur Kasuistik der primären desmoiden Tumoren des Lig. rotundum. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 74. p. 386. (Typisches Fibromyom des linken Lig. rotundum von der Grösse 20 : 20 : 13 und einem Gewicht von 2680 g, welches sich nach oben in dem Leistenkanal zwischen Muskeln und Faszie entwickelt hat und welches als solide Ovarialgeschwulst vor der Operation diagnostiziert worden war.)
75. Stevens, A clinical lecture on salpingo-oophoritis. Clin. Journ. Vol. 42. Nr. 9. p. 129.
76. Stocker, Jodtinktur bei trockener Peritonealtuberkulose. Schweiz. Rundschau f. Med. Nr. 18.
77. Streissler, Die operative Behandlung der Douglasabszesse. v. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 81. (Die Eröffnung von oben her wird nur für die Abszesse reserviert sein, die bis zur vorderen Bauchwand reichen. Bei Frauen ist die vaginale Methode am besten, die perineale Methode ist bei Männern leistungsfähig, aber nicht ganz leicht. Die ischio-rektale Methode schätzt Verf. nicht, dagegen ist die parasakrale Methode, besonders bei hochsitzenden Abszessen und bei periproktalen Phlegmonen empfehlenswert. Die coccygeale Methode ist die beste, Hernienbildung wird bei ihr durch die Schonung der Bandmassen des Kreuz- und Steissbeins vermieden. Die rektale Eröffnung ist nur bei tiefliegenden, fluktuierenden Abszessen angezeigt.)
78. Tate, Tubo-ovarian cyst with intracystic carcinomatous growth. Proceed. of the Roy. Soc. of Med. Nr. 9.
79. Tédenat, Kystes tubo-ovariens. Prov. méd. Jahrg. 26. Nr. 19. p. 203.
80. *Tridon, Fréquence des péritonites gonococciques chez les petites filles atteintes de vulvovaginite. La Gyn. Jahrg. 17. Nr. 3. p. 147.
81. Vanverts, De l'occlusion intestinale au cours de la péritonite tuberculeuse. Bull. et mém de la soc. de chir. de Paris. Tome 39. Nr. 15. p. 619.
82. Voigt, Mesothorium als Röntgenstrahlenersatz. 15. Versamml. d. deutsch. Ges. f. Gyn. Halle a. S. Mai. (Die Bestrahlung mit Mesothorium hatte bei drei Fällen von Adnexentzündung überraschenden Erfolg.)
83. Watson, General peritonitis in gynaecological and obstetrical practice. Canad. Practit. and Rev. Vol. 38. Nr. 2. p. 85.
84. Ziegelmann, Du reveil des inflammations utéro-annexielles anciennes à l'occasion d'une grossesse. Rev. prat. d'obst. et de gyn. Jahrg. 21. p. 97—100.
85. Zipkin, Die konservative und operative Behandlung der entzündlichen Adnextumoren. Inaug.-Diss. Berlin.

Tridon (80) fand bei 25 Fällen von Vulvo-Vaginitis gonorrhoica bei kleinen Mädchen in 6 Fällen deutliche Erscheinungen von Peritonealreizung. Es traten heftige Schmerzen im Leibe auf, der aufgetrieben, meteoristisch wurde, es stellte sich Erbrechen ein. Die Temperatur überstieg 39° nicht, die Dauer der Attacken betrug 3 Tage. Die Heilung erfolgte glatt unter Ruhe und Eisblase. (Diese Beobachtungen stehen im Gegensatz zu denen der meisten anderen Autoren, wonach eine Uterus- und Tubengonorrhoe bei Kindern eigentlich nie beobachtet wird. Ref.).

Schottmüller und Barfurth (69) berichten über bakteriologische Untersuchungen des Eiters von Pyosalpinxsäcken. Der Eiter wurde durch Punktion gewonnen. Es wurden gefunden in 7,6% Streptococcus erysipelatos haemolyticus, in 6,3% Gonokokken, in 10,1% Bacterium coli, in 3,8% Staphylokokken (anaerobe), in 16,4% anaerobe (putride) Streptokokken, in 12,6% putride Streptokokken zusammen mit aerogenen Staphylokokken; in 15,2% war der Eiter steril, im Rest der Fälle wurden die verschiedensten Keimarten gefunden. Es fällt nach diesen

Befunden auf, wie ausserordentlich selten Gonokokken als Erreger der Pyosalpinx angesprochen werden. Die Verfasser wollen nicht annehmen, dass die verschiedenen anaeroben und putriden Keime erst sekundär in die Eitersäcke eingewandert seien. Auch als therapeutische Massnahme kommt nach Ansicht der Verfasser die Punktion resp. Inzision der Eitersäcke von der Vagina her in Betracht. Die Resultate scheinen aber denen anderer Autoren, welche sich auf rein konservative Massnahmen beschränken, nachzustehen, denn von 42 nachkontrollierten Fällen wurden nur 19 = 45,2% als seit der Behandlung dauernd beschwerdefrei gefunden. Man gewinnt den Eindruck, dass nicht nur Adnexerkrankungen untersucht worden sind; denn an einer Stelle der Arbeit wird berichtet, dass eine Kranke zu einem grösseren Eingriff auf die chirurgische Abteilung verlegt werden musste, weil trotz Inzision eine Zunahme des parametritischen Abszesses bis zum Rippenbogen erfolgte. Auch die Tatsache, dass es fast immer gelang, den Eiter durch Inzision von der Vagina aus zu entleeren und durch Drainage den Prozess zur Abheilung zu bringen, spricht wohl dafür, dass es sich in einer grossen Reihe der beschriebenen Fälle nicht lediglich um Pyosalpingen, sondern um vielleicht allein oder gleichzeitig bestehende abgekapselte peritoneale Exsudate gehandelt hat. (Ref. glaubte diese Punkte hervorheben zu müssen, um die von anderen Autoren abweichenden Resultate zu erklären.)

---

d) Tuben.

1. Anspach, M., Die Torsion von Tubensäcken, mit besonderer Berücksichtigung der Pyosalpinx. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. 1912. Oct.
2. Auvray, Nouveau cas de torsion spontanée de la trompe saine. Arch. mens. d'obst. et de gyn. Jahrg. 2. Nr. 9. p. 97.
3. Bar et Lequeux, De l'emploi du vaccin de Nicolle et Blaigot dans l'ophthalmie et la salpingite. La Presse méd. Nr. 103. p. 1046. (In drei Fällen von Salpingitis gonorrhoica wurden mit dem Gonokokkenvakzin gute Erfolge erzielt.)
4. Barnsby, L'hystérectomie abdominale par décollation antérieure dans les pyo-salpinx bilatéraux. Arch. mens. d'obst. et de gyn. Jahrg. 2. Nr. 5. p. 449.
5. Bazy, Technique de l'hystérectomie par décollation antérieure pour double salpingite adhérente. Revue de gyn. 1912. Nr. 6.
6. *Björkenheim, Das kollagene Gewebe in der Tube in den verschiedenen Altersperioden. Finska Läkaresällsk. Handl. Bd. 55. Heft 8. p. 141.
7. Bovis, Le diagnostic des salpingites tuberculeuses. Semaine méd. Nr. 38. p. 445.
8. Brickner, Rupture of pyosalpinx not a rare accident. Transact. of the Alumni Soc. of the Sloane Hospital for Women. The Amer. Journ. of Obst. May. p. 995.
9. Caneva, Un caso raro di strozzamento erniario di una tuba uterina. Osp. Magg. Milano. Jahrg. 1. Nr. 1. p. 31.
10. Cavagnis, Sopra una forma rara di ematosalpinge con torsione avviata alla amputazione. Riv. veneta di scienze med. 58. p. 16. Nr. 1.
11. Chiari, Sekundäre Sarkomatose beider Tuben durch peritoneale Implantation. Unterelsäss. Ärzteverein in Strassburg. 31. Mai. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 34. p. 1662.
12. Constantini, Pyosalpinx ouvert dans le péritoine. Mort. Soc. anat. 7 Nov. La Presse méd. Nr. 92. p. 923.
13. Czaskowski, Chirurgische Behandlung der mit Durchbruch in Darm und Harnblase oder mit Darmverengerung komplizierten Tubenabszesse. Przeglad chir. i gin. 1912. Bd. 6. Heft 2.
14. De Bovis, Diagnose der Salpingitis tuberculosa. Sem. méd. Nr. 38.
15. Denave, Contribution à l'étude de la salpingostomie. Thèse Lyon. 1912—1913. Revue de gyn. Nr. 3.
16. Einsle, Ein Fall von vorgeschrittenem Tubenkarzinom mit besonderer Berücksichtigung der Frage der primären Doppelseitigkeit. Inaug.-Diss. München.
17. Fonyó, Über das primäre Tubenkarzinom. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 36. p. 1317. (Beschreibung zweier eigener Fälle und kritische Zusammenstellung der Literatur.)

18. Frankl, Bilaterale symmetrische Tubenschwellung. Geb.-gyn. Ges. in Wien. 11. März. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 49. p. 1785.
19. Fructus, Les salpingites chez les vierges. Arch. gén. de chir. Tome 7. Nr. 8. p. 944.
20. Fuchs, Stielgedrehte Hämatosalpinx. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. 23. Nov. 1912. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. p. 220.
21. Gaitami, Die papilläre Tuberkulose der Fallopischen Tube. Pathologica. 1912. Nr. 19. (Bei Tubentuberkulose kann sich eine echte Papillenbildung besonders am Infundibulum bilden, die eventuell an einen genuinen Tumor denken lässt.)
22. Geist, Die senile Involution der Eileiter. Arch. f. mikr. Anat. 81. p. 220—232.
23. Gibb, Double pyosalpinx of large size. Amer. Journ. of Obst. Vol. 67. Nr. 5. p. 1006.
24. Gurd, Primary malignant neoplasm of the Fallopian tube. Canad. Med. Assoc. Journ. Vol. 3. Nr. 5. p. 389. (Der Fall wurde als Pyosalpinx operiert, war aber ein Tubenkarzinom. Patientin war sieben Monate nach der Operation noch rezidivfrei.)
25. Halpenny, Free, suppurative peritonitis due to a pyosalpinx. Canad. Med. Assoc. Journ. Vol. 3. Nr. 8. p. 686.
26. Hartmann, Carcinome placentaire on chorion-épithéliome malin de la trompe. Soc. de chir. 5 Févr. La Presse méd. 12 Févr. p. 127.
27. Hedinger, Aktinomykose der Tuba fallopii. Med. Ges. Basel. 23. Jan. Deutsche med. Wochenschr. p. 488. (40jährige Patientin, die lange an Salpingitis gelitten hatte. Die Tubenschleimhaut ist stark getrübt. Im Granulationsgewebe zahlreiche Aktinomyzesdrusen.)
28. Hoerrmann, Doppelseitiges Tubenkarzinom mit Durchbruch des rechten Tubentumors in eine Dünndarmschlinge und Abschnürung desselben vom Uterus. Münchn. gyn. Ges. 19. Juni. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 4. p. 177. 1914. (Die Entfernung des rechtsseitigen Tubentumors, der mit dem Uterus in keiner Beziehung mehr stand, erforderte die Resektion der mit dem Tumor zusammenhängenden Ileumschlinge.)
29. Hope, Lewis, Über Tubendilatation bei Sterilität. Brit. med. Journ. Nr. 12. (Man kann stenosierte Tuben dilatieren. Verf. tat das mit dem Erfolge, dass nach neun Monaten Gravidität erfolgte, die bald von einer zweiten gefolgt war. Auch der sog. Mittelschmerz scheint durch Stenosen und Strikturen der Tuben bedingt zu sein.)
30. Huguier et Lorrain, Chorio-épithéliomes de la trompe et de l'utérus. Soc. anat. 4 Juill. La Presse méd. 9 Juill.
31. Jacobs, Papillome primitif de la trompe. Bull. de la soc. belge de gyn. et d'obst. 23. p. 247—248.
32. Jayle, La Tuberculose de la Trompe. La Presse méd. 21 Juin.
33. Ingendahl, Über spontanen Durchbruch von Pyosalpinx in die Blase. Inaug.-Diss. Bonn 1912.
34. Kaiser, Rechtsseitige Tubenkolik bei einer Gravida mens. IX. Gyn. Ges. zu Dresden. 16. Jan. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 21. p. 772. (Man nahm eine Blinddarmkolik an. Beim Eröffnen des Leibes quoll die Tube heraus, in deren Lumen es geblutet hatte. Hämatosalpinx, im Aussehen einer Tubargravidität gleichend. Aulhorn entsinnt sich eines ähnlichen Falles. Dabei hatte es sich um Torsion der Tube gehandelt.)
35. Kraus, Über karzinomähnliche Epithelwucherungen in der Tube. Gyn. Rundschau. Heft 24. p. 885. (Die karzinomähnlichen Epithelwucherungen wurden durch Entzündung hervorgerufen. Die Entzündungsprodukte üben einen Proliferationsreiz auf das Epithel aus, der an und für sich schon von verschiedener Intensität sein kann und von der chemischen Beschaffenheit der Entzündungsprodukte abhängig ist. An abgeknickten oder Übergangspartien, wo die Sekrete stagnieren, wird der Reiz längere Zeit einwirken und infolgedessen die Epithelproliferation graduell fortschreiten. Der Tuberkulose kommt eine nebensächliche Rolle bei der Entstehung derartiger Wucherungen zu.)
36. v. Kubinyi, Pyosalpinx und Ovarialabszessoperation bei Abortus. Gyn. Sekt. des ungar. Ärztevereins zu Budapest. 17. Dez. 1912. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 28. p. 1040.
37. Lamouroux, Diffuse Peritonitis nach geplatzter Pyosalpinx. Arch. génér. de chir. 1912. Nr. 9. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 10. p. 366.
38. Latreille, Une classification pathogénique et anatomo-pathologique des hémorragies tubaires. Union méd. du Canada. Vol. 42. Nr. 2. p. 79.
39. Leonard, The difficulty of producing sterility by operations on the Fallopian tubes. The Amer. Journ. of Obst. March. p. 443.

40. Lesniowski, Präparat einer operativ entfernten Pyosalpinx. Przeglad chir. i gin. Bd. 9. Heft 1. p. 124. (Polnisch.) (Erst fünf Monate konservative Behandlung im Hospital mit wesentlicher Besserung im Befinden, dann plötzlich eines Abends Bild der Perforationsperitonitis mit hohem Fieber und Kollaps. Am exstirpierten Eileiter zwei frische Perforationsöffnungen gefunden am peripheren Ende. Operation sehr schwierig wegen ausgedehnter Verwachsungen. Diskussion.) (v. Neugebauer.)
41. Lewis, On dilatation of the Fallopian tubes for sterility. Brit. med. Journ. July 12. (Um Sterilität zu beseitigen — vorausgesetzt, dass der Mann gesund ist — empfiehlt Lewis nicht nur Dilatation und Curettage des Uterus, sondern auch Laparotomie und Dilatation der Tube vom abdominalen zum uterinen Ende. Mitteilung zweier gut verlaufener Fälle.)
42. Mac Allister, A preliminary investigation concerning the glycogen content of the mucous membrane of the Fallopian tube. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 24. Nr. 2. p. 91. (Nach den vorläufigen Ergebnissen des Verf. scheint der Glykogengehalt der Tube nicht mit dem der Uterusschleimhaut parallel zu gehen. Die Entzündung oder die Schwangerschaft sind nicht Vorbedingungen für einen gesteigerten Glykogengehalt.)
43. Macnaughton-Jones, Pyosalpinx of an accessory tube. Sect. of Obst. and Gyn. The Lancet. Oct. 25. Nr. 4704. Vol. 185. p. 1189.
44. Martin, Concrétion fécale dans la trompe de Fallope. La Presse méd. Nr. 12. p. 120.
45. Maugeri, Contributo all' isto-patologia della tuba falloppiana nei fibromi dell' utero. Ann. di ost. e gin. Jahrg. 35. Nr. 7. p. 212.
46. Mendels, Tubaer-tumor. Nederl. gyn. vereenig. 9. März.
46a. — Torquierter Tubentumor. Ned. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. 23. Jan. (Tubartumor, den Mendes de Leon per laparotomiam entfernte bei einer 29jährigen Nullipara, die allein etwas über Leibschmerzen klagte und über ein Gefühl von Druck auf das Rektum, mit Retentio alvi. Die Operation ergab das Vorhandensein einer ausgebreiteten subakuten Peritonitis, verursacht durch eine Stieltorsion einer kindskopfgrossen Zyste. Diese erwies sich als die stark ausgedehnte linke Tube, die fast ganz nekrotisch und dreimal 360° torquiert war. Glatte Heilung.) (Mendes de Leon.)
46b. Møller, Otto, En Tuba med 2 Ostia abdom. (Eine Tube mit zwei Ostia abdomin.) Demonstrat. Ges. f. Gyn. u. Obst. 6. Nov. 1912. Ref. Ugeskrift for Laeger. Kopenhagen. p. 2018.
47. Moreaux, Recherches sur la morphologie et la fonction glandulaire de l'épithélium de la trompe utérine chez les mammifères. Arch. d'anat. micr. 14. p. 515—576.
48. Neu, Zur spezifischen Diagnostik und Therapie der weiblichen Adnexgonorrhoe. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Heft 2. p. 182. (Entsprechend den auch von anderen Seiten (s. Jahresbericht 1912) mitgeteilten Resultaten wird geleugnet, dass wir in der Vakzination bei subkutaner oder intramuskulärer Injektion ein sicheres klinisches Diagnostikum der weiblichen Gonorrhoe samt ihren Komplikationen besitzen. Auch der Heilwert der spezifischen Vakzination wird negiert. In dieser Beziehung scheint es aber dem Referenten, als ob das Material Neus etwas reichlich klein wäre, um ein derart apodiktisch negatives Urteil zu fällen.)
49. Peiser, Tuben- und Peritonealtuberkulose. (Demonstration.) Gyn. Ges. in Breslau. 21. Jan. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. p. 522.
50. Poenaru-Caplescu, Diagnose zwischen Salpingitis und Appendizitis. Ges. f. gen.-urin. Studien. Bukarest. 22. Febr.
51. *Pollosson, Salpingostomie; noch durchgängig nach sieben Jahren. Lyon. méd. 1912. Nr. 20.
52. — Résultat éloigné d'une salpingostomie. Soc. de chir. de Lyon. 15 Févr. 1912.
53. *Rabinovitz, The pathogenesis of adenomyosalpingitis (Salpingitis nodosa). Report of ten cases. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. 68. Nr. 4. p. 711.
54. Reder, Laceration of the cervix, a causative factor in salpingitis. Amer. Journ. of Obst. Vol. 68. Nr. 5. p. 902.
55. Rodler-Zipkin, Tubentuberkulose. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 35. p. 1972.
56. Rouville, De, Deux cas de pyosalpinx iliaques; des „salpingites hautes“ et en particulier des „sigmoido-annexites“. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Jahrg. 2. Nr. 6. p. 581.
57. Schilainer, Sekundäre Sarkomatose der Tubae uterinae durch Implantation. Strassburger med. Zeitg. Jahrg. 10. Heft 7. p. 173. (Der primäre Tumor sass bei der 25jährigen

Patientin in den rechten axillaren Lymphdrüsen. Es war ein kleinzelliges Rundzellensarkom. Nach der Operation sehr bald Rezidive in fast allen Organen. Die sekundäre Sarkomatose des Uterus, der Tuben und der Ovarien kam nach dem Verf. durch peritoneale Implantation zustande.)

58. Schiller, Zyste am freien Rand der Tube. Gyn. Ges. in Breslau. 24. Juni. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. p. 369. (Die histologische Diagnose der Zyste schwankt zwischen einer epithelialen Zyste am freien Rande der Tube, entstanden auf der Grundlage von Epithelabsprengungen bei der ersten Anlage des epithelialen Müllerschen Ganges, oder zwischen Serosazysten (Sänger), entstanden durch Ansammlung seröser Flüssigkeit zwischen Lamellen von Neomembranen.)
59. Schmitt, Über die Histologie der Salpingitis chronica. Inaug.-Diss. Würzburg.
60. Stark, Dermoid tumor of both fallopian tubes. Journ. Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. 1912. 22. p. 217. (Bis jetzt liegen nur drei Fälle von Dermoidtumor der Tuben vor.)
61. Stone, The conservative treatment of salpingitis by uterine and tubal injection. Journ. of the Amer. Med. Assoc. 9. p. 656.
62. Strong, Über Knochenbildung im Eileiter. Arch. f. Gyn. p. 389. Bd. 101. (Es handelt sich um einen metaplastischen Prozess, der unter dem Einfluss der chronischen tuberkulösen Entzündung Knochenbildung aus Bindegewebe verursachte. Der Vorgang ist gleichzustellen der Knochenbildung in tuberkulösen Lungen.)
63. Stumpf, Tuberkulose der Tube. Gyn. Ges. in Breslau. 11. Febr. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. p. 695.
64. Tarnowsky, Tubal reimplantation, a new conservative operation for sterilization of women. Journ. of the Amer. med. Assoc. Vol. 60. 16. p. 1221.
65. Tourneux, Hernie de la trompe de Fallope. Revue de gyn. Tome 20. Avril-Mai. p. 529.
66. Unterberger, Hydrosalpinx von seltener Grösse. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. 28. Juni. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. p. 361.
67. Violet, Hypertrophierende Tuberkulose der Tube, mit nicht tuberkulöser Ovarienzyste. Lyon. méd. 1912. Nr. 33. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 5. p. 183.
68. *Wallart, Weiterer Beitrag zur sog. Salpingitis isthmica nodosa. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 73. Heft 1.
69. *Weishaupt, Zusammenhang von Ätiologie und Histologie der Salpingitis. Arch. f. Gyn. Bd. 101. p. 65.
70. Zwet, Peritonitis, ausgehend von einer gonorrhoischen Infektion der Tuben. Inaug.-Diss. München 1912.

Björkenheim (6) hat die Verteilung des kollagenen Gewebes in der Tube nach der Trypsin-Digestionsmethode untersucht. Dabei fand sich, dass sehr feine Bindegewebsfasern in die Schleimhautfalten hineinziehen, so dass jede Falte von einem dichten Netzwerke ausgefüllt wird. Die Fasern verlaufen parallel den Schleimhautfalten. Bei Kindern und Embryonen ist das Netzwerk am dichtesten ausgebildet, es schwindet dann allmählich und im Klimakterium sind nur noch dicke Bindegewebsfasern zu sehen. Dieses Verhalten beobachtet man auch an den Bindegewebsfasern der Muskulatur, welche konzentrisch um das Lumen verlaufen und in Verbindung stehen mit dem Bindegewebsnetz der Mukosa. In der Subserosa liegen die Bindegewebsfasern um die Gefässe. Die elastischen Fasern liegen bis zum Eintritt der Pubertät in den Gefässwänden, sie nehmen während der Geschlechtsreife allmählich an Menge zu, wo dann auch feine Fasern in der Muskularis und Subserosa zu finden sind. Nach Eintritt des Klimakteriums schwinden sie allmählich.

Weishaupt (69) kommt bei ihren Untersuchungen zu folgenden Ergebnissen. Die histologischen Befunde an entzündeten Eileitern Schriddes werden für die akute Gonorrhoe mit Bakteriennachweis, ebenso für die chronische und rezidivierende Tubengonorrhoe ohne Bakteriennachweis und ihren differentialdiagnostischen Wert gegenüber anderen rasch verlaufenden Infektionen bestätigt. Für die wenigen Fälle von Tuberkulose ergaben sich an den Stellen mit fortgeleiteter Entzündung ohne Knötchenbildung keine diagnostischen Schwierigkeiten. Wenn Streptokokken, Staphylokokken, Bacterium coli und Mischinfektionen längere

Zeit bestehen, so verursachen sie derartig ähnliche Gewebsveränderungen wie der Gonococcus, dass dieselben in diesen Fällen nicht zur Differentialdiagnose genügen, ebenso haben die entzündlichen Schädigungen bei Metritis, bei Myomen und bei Carcinoma uteri histologische Umwandlungen der Tube zur Folge, die vielfach von einer rezidivierenden Gonorrhoe oder von einem postgonorrhoischen Zustand nicht zu unterscheiden sind.

Ein Teil der Plasmazellen wird zum Gewebeaufbau verwendet. Weishaupt fand im Verlaufe der Untersuchungen mehrfach Zellen, sowohl inmitten von Lymphozyten- und Plasmazellenhaufen, die das Gewebe frei infiltrieren, wie in schnurartigen Reihen von Plasmazellen zwischen Bindegewebsfibrillen, die, als Plasmazellen noch zu erkennen, undeutlichere Chromatinkörnchen, nahezu zentrale Lage des Kerns und Zuspitzung des Protoplasmakörpers an den Enden zeigen.

Rabinovitz (53) bespricht an der Hand von 10 Fällen die Salpingitis isthmica nodosa. Seine Schlüsse lauten: 1. Die Salpingitis isthmica nodosa hat entzündlichen Ursprung. 2. Sie ist das Endstadium einer bakteriellen Infektion der Tube. 3. Meist sind Gonokokken oder Tuberkelbazillen die Erreger. 4. Die Theorie ihrer angeborenen Entstehung ist nicht haltbar. 5. Der beste Ausdruck für sie ist „Adenomyosalpingitis".

Wallart (68) führt in einem weiteren Falle von Salpingitis isthmica nodosa den Beweis, dass die abgesprengten Epithelformationen nicht mesonephrischen Ursprung haben, sondern durch entzündliche Vorgänge verlagert worden sind. Wahrscheinlich kommt in dem betreffenden Falle eine gonorrhoische Infektion als Ursache in Betracht.

Der Salpingostomie spricht Pollosson (51) nicht jede Berechtigung ab. Er verfügt über eine Beobachtung, bei der er bei einer Frau von 32 Jahren wegen einer linksseitigen Adnexentzündung eine partielle Salpingektomie mit Bildung einer neuen Tubenöffnung am zurückgebliebenen Stumpf machte. Sieben Jahre später musste wegen Myoms der Uterus total exstirpiert werden. Dabei wurde die künstliche Tubenöffnung durchgängig gefunden. Zwar hat Pollosson nach Salpingostomie niemals eine Schwangerschaft eintreten sehen, diese Beobachtung ermutigt aber dazu, die Salpingostomie unter die konservativen Operationen aufzunehmen.

X.

Pathologie des Uterus (ausschliesslich Neubildungen und neue Operationen).

Referent: Prof. Dr. Karl Hegar.

1. Entwickelungsfehler.

1. Baldwin, Dysmenorrhea from imperfect development of the Uterus or malformation. Med. Record. Nr. 11. p. 480. (1. Totalexstirpation des Uterus wegen Dysmenorrhoe. Uterus kleiner als normal. Es fehlten völlig alle drüsigen Elemente, nur Bindegewebsfibrillen. 2. Uterus bicornis mit Hämatometra des linken Horns.)
2. Balfour-Marschall, Congenital absence of vagina. Partial development of right Müllers duct. Ectopic left kidney. Journ. of Obst. of Brit. Emp. Nr. 4. (Vom Uterus

war bloss ein spindelförmiges rechtsseitiges Rudiment vorhanden. Die Ovarien lagen sehr hoch am Beckenrand.)
3. Berry-Hart, Note on Dr. Gemmells and Prof. Patersons Case of duplication of bladder, Uterus, Vagina and Vulva with successful fulltime pregnancy and Labour in each uterus. Journ. of Obst. of Brit. Emp. March.
4. Van Bockstaele, Un cas d'absence de l'uterus. Journ. Amer. Inst. Homeopat. Vol. 5. Zentralbl. f. ges. Gyn. Bd. 2. (Drei Schwestern mit fehlendem Uterus. Eine wurde wegen Ileus laparotomiert. Es fanden sich bloss zwei kleine Körper in den Ligamentfalten.)
5. Bogdanivicz, Milos, Veleszületett gynatresia uterus bicornis duplex mellett, haematometrával és jobboldali haematosalpinx-szal. Aus der Sitzg. der gyn. Sekt. des kgl. Ärztevereins am 22. April. Ref. Orvosi Hetilap. Gyn. Nr. 2. (Bericht über einen Fall von Gynatresie bei Uterus bicornis duplex mit Hämatometra- und rechtsseitiger Hämatosalpinxbildung; Exstirpation der inneren Geschlechtsorgane auf abdominalem Wege.) (Temesváry.)
6. Bovin, E., Eine ungewöhnliche Gestaltung von Hämatometra, Cervixkarzinom simulierend. Verhandl. d. obst.-gyn. Sekt. d. Ges. schwed. Ärzte. Stockholm. Hygiea. Nr. 10. (Silas Lindqvist.)
7. Broek, A. J. P. van den, De verdubbeling der uitwendige geslachtsdeelen en het gespleten bekken, opgevat als duplicitas posterior. Ned. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. 23. Jahrg. 2. Aufl.
8. Caraven et Merle, L'adénome diffus des cornes utérines. Révue de gyn. Nr. 4.
9. Durlacher, Über eine Frühgeburtseinleitung bei plattrachitischem Becken bei Gravidität des rechten Horns eines Uterus bicornis unicollis. Münchn. med. Wochenschr.
10. Doléris, Aménorrhée d'origine tératologique. Sem. gyn. 18. p. 9. (24jährige Frau, nie menstruiert. Frische Lues. $4^1/_2$ cm langer Cervix, der sich in einen feinen Strang fortsetzt, der sich wieder nach oben teilt.)
11. Fabre et Trillat, Etude anatomique d'un utérus cordiforme (arcuatus). Bull. et mém. de la soc. d'obst. de Paris. Nr. 3. (Der Uterus stammt von einer an perniziöser Anämie verstorbenen Frau im sechsten Monat der Schwangerschaft. Auffallend war der Unterschied zwischen der dicken Wand des Fundus und der dünnen Wand des Hornes.)
12. Faure, Fausse bifidité utérine dans un cas d'hématométrie avec hématocolpos. La Presse méd. 29 Mars. (60jährige Frau. Menopause seit zehn Jahren. Vaginale Atresie, Hämatokolpos, Hämatometra und -salpinx. Amputation des Uterus und Spaltung der Vagina.)
13. Fischer, Über Doppelbildungen der weiblichen Genitalien in geburtshilflicher und gynäkologischer Beziehung. Inaug.-Diss. Königsberg.
14. Fränkel, Geburt nach operativer Vereinigung doppelter Gebärmütter. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 34. (Vor der Operation drei Früh- und Fehlgeburten. Nachher normale Geburt eines reifen Kindes.)
15. Frank, Schwangerschaft und Geburt bei doppeltem Uterus und Scheide. Gyn. Ges. Köln. 12. Febr. Monatsschr. Bd. 38. (19jährige Frau, Beide Uterushälften schwanger, die linke abortierte im dritten Monat, die rechte trug bis zum Ende.)
16. Gemmell and Paterson, Duplication of bladder, uterus, vagina and vulva with successive fulltime pregnancy and labour in each uterus. Journ. of Obst. of Brit. Emp. Jan. (Es bestand ausserdem ein Spaltbecken. Die Geburten waren normal.)
17. Gross et Frühinsholz, Un cas de grossesse normale après hémi-hystéréctomie pour hématométrie dans un utérus double. Bull. de la soc. d'obst. de Paris. Mai.
18. Guérin-Valmale et Moiroud, Utérus double avec hématométrie unilatérale. Ebenda. Mars.
19. Henkel, Verdoppelung der Portio, des Uteruskörpers und der vorderen zwei Drittel der Scheide bei 17jähriger Virgo. Demonstration naturw. Ges. Jena. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 11.
20. Jates and Plinn, A case of uterus septus with hyperemesis gravidarum; interruption of pregnancy, at $3^1/_2$ months, followed by peritonitis. Recovery.
21. Kirchbach, Uterus bicornis unicollis mit gleichzeitiger Gravidität in jedem Horn und verschiedenzeitiger Ausstossung lebender und lebensfähiger Früchte. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 26. (Geburt im achten Monat mit einem Zwischenraum von acht Tagen.)

22. v. Klein, Uterus bicornis (supraseptus) als Ätiologie chronischer Querlage (einmal Wendung, einmal Kaiserschnitt in zwei Fällen). Zentralbl. f. Gyn. Nr. 15.
23. Kostmayer and Gelpi, Developmental defects of the female genitalia. Report of 5 cases. New Orleans med. Journ. Vol. 65. Nr. 8. (1. Fehlen der Labia minora und des Uterus. Rudimentärer Cervix. 2. Uterus rudim. Ovarien fehlen. 3. Uterus rudim. 5. Atresia vaginae. 5. Vagina septa.)
24. Munroe Kerr, Plastic operations for malformation of the uterus. Intern. Kongr. London. Monatsschr. f. Gyn. Bd. 38.
25. Oehmann, Ein Fall von Uterus bicornis mit ausgetragener Schwangerschaft im rechten Horn. Gyn. Rundschau. Nr. 21. (In der ersten normalen Gravidität Laparotomie wegen vermuteter Tubenschwangerschaft.)
26. Oertel, Ein Fall von Pseudoatresie der Scheide und des Uterus bei persistierender Kloake und Uterus duplex cum vagina duplici septa. Zeitschr. f. Geb. Bd. 75.
27. Pellegrini, Utero colle due trombe e due testicoli nel sacco herniario di un soggetto con genitali esterni maschili normalmente conformati. La gin. 15. Marzo. Nr. 5.
28. Prince, Reports of uterine malformations. Journ. of Amer. med. Assoc. p. 174. (1. Fehlen der inneren Genitalien. An Stelle des Uterus eine Doppelniere mit zwei Ureteren. 2. Fehlen der inneren Genitalien. 3. Uterus fehlt. 4.—6. Verdoppelungen des Uterus.)
29. Quain, Pregnancy in the rudimentary cornu of uterus unicornis and report of a case with full term. pregnancy. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 17.
30. Rosenstein, Uterus duplex und Vagina duplex mit einseitigem Hämatokolpos. Gyn. Ges. Breslau. 28. Okt. Monatsschr. f. Geb. Bd. 39.
31. Rotter, Henrik, Az uterus septus és vagina septa egyesete. Budapesti Orvosi Ujság. Szülészet és Nögyógyászat. Nr. 3. (Bericht über einen Fall von Uterus septus cum vagina septa.)
32. Sack, Ein Fall von Hämatometra im rudimentären Nebenhorn eines Uterus unicornis. Inaug.-Diss. Jena.
33. Stratz, Falsche Diagnose bei einer selteneren Missbildung der inneren Genitalien. Der Frauenarzt. Heft 8. (Fehlen des linken Ovariums, Zyste des rechten Ovariums, multiple Zysten des Parametriums. Es war die Diagnose auf Uterus duplex mit Atresie des rechten Horns gestellt worden.)
34. *Watkins, Infantile type of uterus with dysmenorrhoea. Report of cases treated during the last 8 years. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 17.
35. *Wilcox, The undeveloped anteflexed uterus and the steril woman. Journ. of the Amer. med. Assoc. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. Bd. 2.

Mit dem infantilen Uterus beschäftigen sich die Arbeiten von Watkins (34) und Wilcox (35). Ersterer bespricht ihn vor allem als Ursache der Dysmenorrhoe. Als beste Therapie empfiehlt er allgemeine bessere körperliche Ausbildung, besonders in der Pubertät, lokal Cervixdilatation und Intrauterinpessar. Wilcox erkennt auch in dem anteflektierten Uterus eime Entwickelungsstörung, vor allem an der Berührungsstelle von Hals und Körper, ferner bedingt durch abnorme Kürze der Ligamenta sacrouterina. Behandlung: Dilatation und Sondierung soll schon früh einsetzen. Die operative Therapie bei einigen Entwickelungsstörungen bespricht Munroe Kerr (20). Bei infantilem Uterus ist eine solche natürlich unmöglich. Erfolgreicher dagegen die Bildung von künstlichen Öffnungen bei den Atresien und Stenosen des Cervix und der Orificia externa und interna. Septen als häufige Geburtshindernisse müssen herausgeschnitten werden.

---

2. Zervikalanomalien. Dysmenorrhöe.

1. Clare, A note upon the pathology and treatment of dysmenorrhoea and sterility. Journ. of Obst. and Gyn. of Brit. Emp. Nr. 6. p. 404. (Sehr guter Erfolg in einem Falle mit Darreichung von Cannabis tannicum in Kapseln von dreimal 0,25 g. Er erklärt sich den Erfolg durch Aufhebung des Spasmus.)
2. Banga, Gebrauch des Quellstiftes zur Erweiterung des Gebärmutterhalses zwecks der digitalen Untersuchung der Uterushöhle. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 33.

(Empfiehlt die Laminaria zu diagnostischen Zwecken, wenn die Curette oder sonstige Untersuchung keinen Aufschluss gibt.)
3. *Dalché, Les dysménorrhées dites essentielles et leur traitement. Le Progrès méd. Nr. 25.
4. Dambrin, Les kystes du col de l'utérus. Soc. de chir. de Toulouse. Arch. méd. de Toulouse. Vol. 20. (Hühnereigrosse, dünn gestielte Zyste des Halses. Entstehung entweder durch Erweiterung eines Ovulum Nabothii, oder aus dem Müllerschen Gange.)
5. Fabre et Bourret, Etude clinique et anatomo-pathologique d'un cas de hypertrophie du col au cours de la grossesse. Bull. de la soc. d'obst. de Paris. Nr. 3. (Reine Kollumhypertrophie, verstärkt durch Pessaranwendung. Entbindung ohne Störung, der Hals erweiterte sich, ohne zu verstreichen, genügend.)
6. *Kraus, Zur Anatomie der Portio vaginalis. Naturforscherversamml. Wien. Gyn. Rundschau. Nr. 21.
7. Leonard, Postoperative results of amputation of the cervix. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 16. (128 Fälle. Katarrh in 90% geheilt, Sterilität in 80%. Die Cervixamputation kann leicht zu Geburtsstörungen und Frühgeburt führen. Narbenbildung kann eine Sectio caesarea nötig machen.)
8. Messa, Atresia del canale cervicale da caustici. Soc. toscana ostetr. Annali di ost. Vol. 35. p. 242. (Atresie nach Ätzung mit konzentriertem Chlorzink. Dauernde Amenorrhoe. Sehr heftige periodische Schmerzen. Supravaginale Amputation des Uterus. Hämatometrasalpinx.)
9. *Norris, Sterility in female without marked gross lesions. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 15. (Empfiehlt ein Intrauterinpessar bei Cervixstenose.)
10. *Pozzi, Métrites cervicales sténosiques. Internat. Kongr. London. Monatsschr. Bd. 38.
11. *Rawls, The treatment of sterility by intrauterine stems. Amer. Journ. of Obst. Jan. (Das Pessar soll in 25—33% Heilung der Sterilität, in 80% der Dysmenorrhoe bringen und ganz gefahrlos sein.)
12. *Reder, Laceration of the cervix, a causative factor in salpingitis. Amer. Journ. of Obst. Nov.
13. *Rinehart, Menstruation and its disorders. Nation elect. med. Assoc. Vol. 4. Nr. 4.
14. *Zanfrognini, Sul trattamento delle stenosi cervicali. Lucina. 18. Nr. 7. p. 102.
15. Zomakion, Ein harter Schanker der Portio vaginalis uteri und seine Diagnostik. Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 116. (Genaue Besprechung der Diagnose und Pathologie des Ulcus durum.)

Kraus (6) demonstrierte auf der Naturforscherversammlung in Wien sehr schöne Abgüsse verschiedener Formen der Portio, welche besonders die Verhältnisse bei Cervixrissen klarlegen. Die Risse sind alle ganz gleichartiger Natur, was sich durch die Entwickelungsgeschichte erklären lässt.

Reder (12) findet einen gewissen Zusammenhang zwischen Tubenaffektionen und Cervixrissen, welche den Zutritt von Infektionskeimen erleichtern. Manchmal kann die operative Heilung des Risses zum Heilen der Tubenaffektion führen, ja es kann sogar Gravidität eintreten, da dann die Möglichkeit weiterer bakterieller Nachschübe fehlt. Rinehart (13) unterscheidet eine neuralgische, entzündliche und mechanische Dysmenorrhoe. Letztere findet sich bei unterentwickelten Personen mit angeborenen Hemmungsbildungen des Uterus und deutlichen Stenosen des Os internum mit Knickung. Pozzi (10) unterscheidet eine wahre stenosierende Cervicitis von einer falschen. Bei ersterer staut sich das Sekret über der verengten Stelle, bei letzterer besteht bloss eine Verstopfung durch verdickten Schleim bei sonst normalem Lumen. Für die Therapie empfiehlt er seine Methode der Stomatoplastik. In Amerika erfreut sich bei diesen Zuständen das Intrauterinpessar noch grosser Anhängerschaft (Rawls [11], Norris [9]). Auch Zanfragnini (14) empfiehlt die Einlage einer 8—12 mm dicken Aluminiumspirale in den Cervix, die er 10—12 Tage liegen lässt. Dalché (3) versucht bei Fällen von Dysmenorrhoe ohne anatomischen Befund Thyreoidea-

und Ovarialpräparate, die sehr oft eine Unterentwickelung des Uterus und der Ovarien beheben können. Für die Schmerzen gibt er Klysmen mit Antipyrin und Laudanum oder Brom.

3. Entzündliche und funktionelle Erkrankungen des Uterus.

a) Tuberkulose des Uterus.

1. Ferroni, Metrorrhagie delle vergini da tuberculosi del corpo uterino. Lucina. Jahrg. 18. Nr. 7. (Unter 14 Fällen virgineller Metrorrhagien fand sich dreimal Korpustuberkulose, in einem Falle auch mit anderen Herden.)
2. Finteclus, De la tuberculose du col de l'utérus et de son traitement chirurgical. Thèse de Paris.
3. Haultain, Primary tuberculosis of cervix uteri. Transactions of the Edinb. med. and Obst. Soc. Vol. 38. (Präparat durch hohe Amputation des Kollum gewonnen.)
4. Henkel, Tuberkulöse Endometritis und Salpingitis. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 51. (39jährige Multipara. Hämorrhagien. Exstirpation. Sonst kein tuberkulöser Herd nachzuweisen.)
5. Petit-Dutaillis, Tuberculose interstitielle de la portion vaginale du col. La Gyn. Févr. (Bericht über drei Fälle isolierter Cervixtuberkulose, von denen einer mit Totalexstirpation, der andere mit hoher Amputation behandelt wurde. Er hält diese Form der Tuberkulose für häufiger, als gewöhnlich angenommen wird und oft ohne gleichzeitige Adnexaffektion bestehend.)
6. Schiffer, Beitrag zur Lehre von der Uterustuberkulose. Inaug.-Diss. Giessen.
7. Thomson, Tuberculosis of the uterus. The Lancet. Oct. 4. (Weit vorgeschrittene Cervixtuberkulose mit Abszessbildung und Durchbruch in die Blase.)

b) Endometritis und Metropathien.

1. Bagge, J., Ionisationstherapie bei Endometritis. Verhandl. d. obst.-gyn. Sect. d. Ges. schwed. Ärzte. Stockholm. Hygiea. Nr. 12. (Silas Lindqvist.)
2. Baumgart und Beneke, Vierjährige Amenorrhoe nach Atmokausis, ausgetragene Gravidität, Geburtsbeendigung durch Entfernung des graviden Uterus. Monatsschr. f. Geb. Bd. 38.
3. Bertrand, D., und Br. Fejgin, Bakteriologische Untersuchungen über einige Fälle von Uterusentzündung und Versuche der Behandlung mit Bakterienkulturen. Med. i Kronika Lekarska. Nr. 42, 43. (Polnisch.) (v. Neugebauer.)
4. Brookster, Pathological uterine Haemorrhages. Journ. of the Arkansas Med. Soc. Vol. 9. Nr. 11.
5. *Bukomjemsky, Die Gebärmuttersklerose und deren Zusammenhang mit den Uterusblutungen. Arch. f. Gyn. Bd. 99.
6. — Sklerose der Gebärmutter und seine Beziehung zu Gebärmutterblutungen. Therap. Obosr. Nr. 21. (H. Jentter.)
7. Carter, The treatment of endometritis and salpingitis. Journ. of the Tennesee State med. Assoc. Vol. 6. Nr. 3. p. 99.
8. Chase, An unwritten chapter in Gynecology: uterine and adnexal syphilis. Texas State Journ. of Med. Vol. 9. Nr. 3. (Ausführliche Zusammenstellung der Literatur über Lues der weiblichen Genitalien.)
9. *Cottenot, Traitement des métrites par l'étincelle de haute fréquence. Le curettage éléctrique. Bull. off. de la soc. d'éléctrothérapie et de radiologie. Nr. 1. p. 15.
10. *Dalché, Obésité et métrorrhagies. La sem. gyn. 25 Juin 1912. 7 Janv.
11. Duchet-Suchaux, Les pansements intrautérines à l'huile gomenolée. Journ. des sages-femmes. Nr. 18.
12. Dziembowski, Die allgemeinen Grundsätze der Behandlung von Blutungen. Nowiny Lekarskie. Heft 12. p. 614. (Polnisch.) (v. Neugebauer.)
13. Eskridge, Use and abuse of the uterine curette. Texas State Journ. of Med. Vol. 8. Nr. 11.
14. Essig, Die Ursachen der Menorrhagien. Inaug.-Diss. München.
15. Foges, Über Röntgentherapie bei Uterusblutungen. Wiener med. Wochenschr. Nr. 16.

16. *Fuchs, Röntgentherapie oder Vaporisation bei hämorrhagischen Metropathien. Monatsschr. f. Geb. Bd. 37. April.
17. *Goffe, Über die biologische und biochemische Funktion des Endometriums. Intern. Kongr. zu London.
18. Gottschalk, Über die Ursachen und die Behandlung des Ausflusses aus den weiblichen Genitalien. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 6. (Klinischer Vortrag.)
19. *v. Graff, Über die Röntgenbehandlung der nicht klimakterischen Metromenorrhagien. Naturforscherversamml. Wien. Gyn. Rundschau. Nr. 20.
20. Guibert, Les maladies de l'utérus et des annexes à Balaruc les Bains. Montpellier méd. p. 153.
21. Haendly, Die therapeutische Verwendung der Röntgenstrahlen in der Gynäkologie. Strahlentherapie. 2. p. 274.
22. Haenisch, Meine Erfahrungen, Resultate und Technik der gynäkologischen Röntgentherapie. Fortschr. a. d. Gebiet d. Röntgenstrahlen. Bd. 20. (68 Fälle, 40 für die Statistik brauchbar, 33 geheilt, 2 gebessert, 5 nicht geheilt.)
23. *Harper, Uterine hemorrhage and its treatment. Med. Council. Nr. 5.
24. Hesse, Kasuistischer Beitrag zur Kenntnis der Uteruszysten. Inaug.-Diss. Berlin.
25. Hirsch, Zur Lehre von der Ätiologie und Therapie der Uterusblutungen. Monatsschr. f. Geb. Bd. 37.
26. *Hitschmann und Adler, Ein weiterer Beitrag zur Kenntnis der normalen und entzündeten Uterusmukosa. Die Klinik der Endometritis mit besonderer Berücksichtigung der unregelmässigen Gebärmutterblutungen. Arch. f. Gyn. Bd. 100.
27. Hoeven, P. C. F. van der, Mammine gegen Gebärmutterblutungen. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. Nr. 12. 1. Hälfte. (Verf. hat das Mammine Poehl wiederholt bei starken Blutungen infolge Myom angewendet, im allgemeinen mit wenig Erfolg. Er meint denn auch, von zu langem Gebrauch abraten zu müssen, um den günstigen Augenblick für die Operation nicht vorbeigehen zu lassen.)
28. *— Curettage. Ned. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. 23. Febr. (Vortrag über die Bedeutung der Curettage, der sich einem früheren Vortrage über die Gebärmutterschleimhaut im Zusammenhange mit den zyklischen Veränderungen von Hitschmann und Adler anschliesst. Van der Hoeven hat bei 300 Frauen den Typus der Menstruation vor und nach der Curettage untersucht und meint, daraus folgern zu dürfen, dass die zweite und dritte Menstruation nach der Curettage sich nach der ersten richten, dass die erste Menstruation durch die Curettage wiederholt verlegt und dass auch der Typus der Menstruation nicht selten durch die Curettage ein anderer werde, dass demnach die Menstruation nicht einfach als eine Folge von Ovulation oder Funktion des Corpus luteum aufzufassen sei. Er ist der Ansicht, dass Ovulation und Menstruation beide die Folge anderer im weiblichen Organismus tätigen Reize seien. An der Diskussion beteiligen sich Driessen, Mendes de Leon und Ribbius. Driessen meint, darauf hinweisen zu müssen, dass die Wirkung der Curettage in dem Masse grösser werde, als die Schleimhaut dicker sei; er ist der Ansicht, dass viel häufiger gute Resultate erzielt würden, als Hitschmann und Adler angeben. Mendes de Leon kann von viel besseren Resultaten bei den von ihm verrichteten Curettagen berichten, als Vortragender sie angibt; er meint, dies günstige Ergebnis jedoch vor allen Dingen zuschreiben zu müssen der gewissenhaften Nachkauterisation des Endometriums mit Formalin in Intervallen von drei Tagen.) (Mendes de Leon.)
29. Hüffel, Über die chronische Metroendometritis. Fortschr. d. Med. Marhold, Halle. (Zusammenfassendes Referat.)
30. *Jamoulle, Traitement des hémorrhagies utérines par le courant éléctrique continu. Gaz. de Gyn. 28. p. 49.
31. *Jones, Metrorrhagia due to atheroma of the uterine vessels. Amer. Journ. of Obst. p. 321.
31a. Juda, H., Über Uterusblutungen Neugeborener. Med. Klinik. Nr. 15.
32. Kaiser, K. F. L., Een hardnekkig geval van Metrorrhagie. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. Nr. 18. 1. Hälfte. (Mendes de Leon.)
32a. *Kalledey, Zur Lehre von der Ätiologie und Organotherapie der Uterusblutungen. Gyn. Kongr. Halle.
33. Katz, Zur medikamentösen Behandlung der Gebärmutterblutung. Med. Klinik. Nr. 17. (Empfiehlt das Erystiptikum Roche.)
34. — Zur Behandlung des Ausflusses der Frau. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 17.

35. Keibel, Erfahrungen mit dem Erystiptikum Roche. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 6.
36. *Keller, Die sogenannte Endometritis und chroniche Metritis. Gynäkologische Tagesfragen. Strassburger med. Zeitg. Heft 8.
37. *Kjaegaard, Untersuchungen des Endometriums. Die histologischen Veränderungen des Endometriums corporis bei benignen Leiden. Kopenhagen. Zentralbl. f. ges. Gyn. Bd. 1. Heft 13.
38. Krusen, Surgical treatment of uterine Haemorrhage from the nonpregnant uterus. Amer. Journ. of Obst. May. (Kurzes Referat.)
39. Langes, Erfahrungen mit der Röntgenbehandlung bei Myomen und Metropathien. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 31. (Von 50 Behandelten wurden 39 kontrolliert. 24 amenorrhoisch, 9 oligomenorrhoisch, 6 unverändert, 1 wurde operiert.)
40. Liepmann, Die Trockenbehandlung des Fluor albus mittelst des Antifluors. Gyn. Rundschau. Nr. 15.
41. Loose, Die Röntgentherapie juveniler Menorrhagien. Verhandl. d. deutsch. Röntgenges. Bd. 9. p. 70.
42. *Luchsinger, Über Metrorrhagien. Petersburger med. Wochenschr. Nr. 20.
43. Mathes, Zur Technik der intrauterinen Injektionsbehandlung. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 43.
44. Müller, Jos., Röntgentherapie in der Gynäkologie. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 24. p. 566.
45. Mundy, Menorrhagia. Eclect. med. Journ. Vol. 73. Nr. 1. Zentralbl. f. ges. Gyn. Bd. 2. (Bringt nichts Neues.)
46. Mussatow, Zur Behandlung der chronischen Endometritis. Wratsch. Gaz. Nr. 1. Sitzungsber. der Ges. russ. Ärzte zu Moskau. (Günstige Resultate bei Anwendung der Zweifelschen Methode.) (H. Jentter.)
47. Nilsson, Ada, Die Behandlung der sog. Endometritiden mit Hinsicht auf Hämoglobingehalt und Blutdruck. Verhandl. d. obst.-gyn. Sekt. d. Ges. schwed. Ärzte. Stockholm. Hygiea. Nr. 12. (Nach den Untersuchungen des Verf. kommt in der Regel bei der sog. Endometritis ein chlorotisch-anämischer Zustand nicht vor, insoweit ein solcher durch Herabsetzung des Hämoglobingehalts sich kennzeichnet. Die Allgemeinbehandlung soll daher nicht schablonenmässig eingerichtet werden. Die Blutdruckuntersuchungen und der Einfluss der Behandlung auf den Blutdruck scheinen nach dem Verf. nicht gegen die Theorie von gewisser Endometritis als eine lokale Krankheit zu sprechen.) (Silas Lindqvist.)
48. *Opitz, Über die Wirkung von Radiumemanation auf Uterusblutungen. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 22.
49. Outerbridge, Hemorrhage from the nonpregnant uterus. Amer. Journ. of Obst. May. (Kritische Besprechung der verschiedenen Theorien über die Entstehung der Blutungen.)
50. Pfahler, The treatment of uterine hemorrhage by means of the Röntgen-rays. Amer. Journ. of Obst. May.
51. Pichevin, À propos de la métrite. La sem. Gyn. 25 Juin.
52. Pinkuss, Die Mesothoriumbehandlung bei hämorrhagischen Metropathien. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 22.
53. Prager, Vaginale Behandlung mit Xerase. Therap. d. Gegenw. Nr. 12.
54. Plicque, Les métrorrhagies virginales; leurs causes et leur Traitement. Bull. méd. Nr. 27.
55. *Raillet, Menorrhagies et métrorrhagies virginales. Arch. méd.-chir. de Province. Avril. p. 331.
56. Rieck, Zur Therapie übermässig starker Blutungen. Deutsche med. Wochenschr. p. 653.
57. *— Zur Begründung und Technik der Defundatio uteri. Frauenarzt. Heft 5.
58. Rothwell, A case of menorrhagia. Denver med. Times. Vol. 33. Nr. 1. (Unregelmässige profuse Blutungen bei 28jähriger Frau. Vater war Bluter. Geheilt durch monatliche Darreichung von Calcium lacticum.)
59. Royster, Clinical notes on uterine hemorrhage. Southern med. Journ. Vol. 6. Nr. 6. Zentralbl. f. ges. Gyn. Bd. 2. (Bringt nichts Neues.)
60. *Sanes, Is membranous dysmenorrhea caused by endometritis? Journ. of the Amer. Assoc. Nr. 16. p. 1433.

61. *Sasel, Über Kalziumtherapie. Med. Klinik. Nr. 15.
62. *Sehrt, Zur thyreogenen Ätiologie der hämorrhagischen Metropathien. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 18.
63. Siedentopf, Röntgenbehandlung der Metropathia haemorrhagica. Kongr. zu Halle.
64. Tschernyschew, Mammin-Poehl bei Endometritis, Fibromyom und anderen Erkrankungen der weiblichen Genitalsphäre. Journ. f. med. Chemie u. Organotherapie. 38. (Russisch.) (In allen Fällen wurden die Menstruationen regelmässig, die profusen Blutungen hörten auf. In drei Fällen fiel auf, dass die schwach entwickelten oder weichen Brustdrüsen voll und gespannt wurden.) (H. Jentter.)
65. Vanverts et Paucot, Métrorrhagies dues à des adhérences unissant l'ovaire à un appendice enflammé. Bull. de la soc. obst. de Lille. Révue de Gyn. Nr. 2. Août.
66. Ward, The treatment of endometritis. New York. med. Journ. Nr. 23. p. 1181.
67. Weil, Le menorrhagie della puberta. Clin. ostetr. 15. p. 25.
68. *— Ménorrhagies et troubles de coagulation sanguine. Bull. de la soc. méd. des hôp. de Paris. 29. p. 532.
69. — Le traitement des hémorrhagies génitales de la femme par les sérums sanguines. La Gyn. Mai.
70. Whitehouse, The pathology and treatment of uterine hemorrhage. The Practit. Nr. 6.
71. Wood, The drug treatment of uterine hemorrhage. Amer. Journ. of Obst. May.
72. Young, Uterine haemorrhage of ovarian origin. Edinb. Obst. Soc. Febr. 12. Lancet. p. 614. (Bei zwei stark blutenden Frauen fanden sich die Ovarien durch abnorm grosse Corpora lutea auffallend vergrössert.)

Zur Pathologie der Endometritis nehmen wieder einmal Hitschmann und Adler (26) das Wort, um auf die überaus zahlreichen Äusserungen über den Gegenstand zu antworten, hoffentlich das Schlusswort für längere Zeit, da das Thema vorläufig kaum mehr neu variiert werden kann. Sie erkennen nunmehr zwar die Existenzberechtigung der glandulären Hyperplasie an, halten aber daran fest, dass es nur eine Form der wirklichen Entzündung gibt, die interstitielle. Unregelmässigkeiten in den Phasen der Schleimhautveränderungen resultieren hauptsächlich bei zu langer Dauer der Periode und bei Unregelmässigkeiten der Regel, dann kommen verschiedene Phasen gleichzeitig vor. Von den Symptomen der Endometritis lassen sie nur den Fluor gelten. Die Blutungen rühren von den Ovarien her, der Schmerz tritt erst bei Beteiligung des Bauchfells auf. Die Curettage hat ihr Anwendungsgebiet nur noch bei Blutungen nach Aborten.

Kjaegaard (37) hat sehr sorgfältige klinisch-histologische Studien über die gleiche Frage gemacht. Er klassifiziert die Veränderungen des Endometriums in fünf Gruppen: 1. die Endometritis chronica und subchronica, die eigentliche Entzündung, wichtigster Bestandteil die Plasmazellen. 2. Hypertrophia glandularis irregularis: hier finden sich gleichzeitig verschiedene Stadien des Menstruationszyklus. Ätiologie meist ovariell. 3. Subinvolutio uteri mucosae menstrualis. 4. Hyperplasia glandularis simplex. 5. Polypen.

Die Dysmenorrhoea membranacea erörtert Sanes (60). Die Membranen entsprechen den prämenstruellen Stadien der Schleimhaut, sie gehen oft ohne Schmerzen ab, es braucht also kein entzündlicher Zustand zu bestehen. Häufig ist der Zustand erblich, mit Colitis membranacea verbunden. Bei den Affen gehen stets Membranen intra menses ab. Wahrscheinlich werden die Membranen durch zu starke Wirkung der Ovarialhormone veranlasst, also besteht nur ein gradueller Unterschied zur normalen Menstruation.

Die Sklerose des Uterus behandeln Jones (31) und Bukomjeski (5). Die Sklerose der Uterusgefässe pflegt nach ersterem meist in Verbindung mit Fibrosis uteri vorzukommen. Die Hauptveränderungen sind in der Adventitia und Media, die Intima ist stets intakt. Gefässverschluss besteht nie, Lues ist deshalb stets auszuschliessen. Der Uterus ist gross und schlaff, die Blutungen treten meist in der Menopause auf.

Bukojemsky unterscheidet die Sklerose von der infektiösen Metritis, die beide zu Metrorrhagien führen können. Bei ersterer sind die Gefässe stets sklerotisch. Anamnestisch besteht hereditäres Rheuma, Arthritismus. Die Blutungen sind durch die Gefässveränderungen verursacht, speziell durch den Schwund des elastischen Gewebes.

Bei der Erklärung der Blutungen spielt die innere Sekretion jetzt die Hauptrolle. Sehrt (62) stellte bei Fällen von Metrorrhagien ohne anatomische Begründung eine Analogie des Blutbefundes mit dem bei Hypofunktion der Schilddrüse fest. Weiterhin scheint auch die Eklampsie in einem gewissen Zusammenhang dazu zu stehen. Weil (68) denkt im Anschluss an die Mitteilung eines Falles von Cholämie mit Blutungen, bei dem die Gerinnungsfähigkeit des Blutes ausserordentlich verlängert war, auch an die Möglichkeit des Einflusses der mangelhaften Funktion der Leber. Bei Fettleibigen sucht Dalché (10) die Ursache von Blutungen ebenfalls in Störung der inneren Sekretion verschiedener Drüsen. Meist geht den Menorrhagien erst eine Periode normaler Funktion oder auch der Amenorrhoe voraus. Ähnlich sprechen sich Keller (36) und Riddle Goffe (19) aus. Dementsprechend wird auch die Therapie beeinflusst: Die genannten Autoren, ferner Raillet (55) empfehlen Serumeinspritzungen. Kalledey (32) hat in 21 Fällen intravenöse Injektionen von Ovarialextrakt bei Dysmenorrhöe gemacht. Fünf wurden gravid. Die Dysmenorrhöe verschwand stets. 41 Fälle von Menorrhagien wurden mit Hypophysenextrakt oder Corpus luteum-Extrakt behandelt, zum Teil mit gutem Erfolg. Sasel (61) hat bei hämorrhagischer Diathese sehr gute Erfolge mit Kalzium. Er injiziert eine 5%ige Lösung mit Gelatine (Präparat Calcine, Merck) intramuskulär. Es folgen Temperatursteigerungen und Schmerzen.

Die Röntgenbehandlung der Metritis nimmt natürlich einen breiten Raum in der Literatur ein. Im allgemeinen sind die Ergebnisse im klimakterischen Alter am besten. v. Graff (20) erzielte bei Menorrhagien junger Frauen in 70% Heilung durch schwache Bestrahlungen, gibt jedoch selbst zu, dass die Auswahl der Fälle nicht leicht ist. Im ganzen hat man den Eindruck, dass des Guten viel zu viel getan wird und die alten, doch auch nicht ganz unbewährten und ebenso ungefährlichen Verfahren mit Unrecht vernachlässigt werden. Loose (41) empfiehlt ebenfalls bei Pubertätsblutungen schwache Bestrahlungen und will damit bloss auf das Stroma, nicht auf die Follikel wirken. Fuchs (16) berichtet über seine guten Ergebnisse mit der Vaporisation bei Metropathien und hält sie für einfacher und sicherer als die Röntgentherapie.

Andere physikalische Verfahren erzielen ebenfalls gute Resultate: Cottenot (9) arbeitet mit Hochfrequenzströmen, als elektrische Curettage. Die Wirkung ist eine verschorfende und dauernde, ableitende. Heilung in 3—6 Wochen bei dreimaliger Applikation. Der konstante Strom modifiziert nach Harper (23) und Jamouille (30) die fibrösen Narbengewebe und hat eine trophische und motorische Wirkung auf die glatte Muskulatur, die kontraktionsfähiger wird, auch die Gefässe kontrahieren sich besser. Gegenanzeige sind alle entzündlichen Zustände. Opitz (48) hat einige Versuche mit Radiumemanation gemacht und in einem Falle mit gichtischer Diathese Erfolg erzielt.

Luchsinger (42) lässt bei Metrorrhagien auch während der Blutung kühle Sitzbäder geben, beginnend acht Tage vorher von 24 bis herab zu 16 Grad.

Van der Hoeven (27) setzt die stark in Misskredit geratene Curettage wieder in ihre Rechte ein, die zweifellos die Frequenz und Stärke der Blutungen in gewissem Grade beeinflusst. Die Ovulation bleibt natürlich unberührt.

Rieck (55) tritt für seine Defundatio uteri ein, wie ja überhaupt sich immer noch einige schüchterne Verteidiger der vaginalen Exstirpation des Uterus als ungefährliche und sichere Therapie der klimakterischen Blutungen finden.

---

4. Lageveränderungen des Uterus.

a) Allgemeines. Anteflexio.

1. Dickinson, The treatment of anteflexion, defective function and sterility by glass or silverstem. Amer. Journ. of Obst. April. (Von 16 so behandelten Fällen konzipierten 10.)

b) Retroflexio uteri.

1. Allmann, Nachteile der Ventrifixur. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 18. (1. Schwere Geburt mit Wendung und Extraktion beendet. Exitus. 2. Ileus sechs Wochen nach Ventrifixur. Exitus.)
2. *Batuaud, Les rétrodéviations utérines. Gaz. de Gyn. Tome 28.
3. Briggs, The technique of ventral fixation of the uterus and allied operations. Proc. of Royal Soc. of Med. Vol. 6. Nr. 6. (600 Operationen. Möglichst tiefe Fixation des Uterus oder der Ligamenta rotunda. Drei Todesfälle (Embolie, Herzfehler, Peritonitis). 98% anatomische Heilungen.)
4. Caballero, Traitement des rétrodéviations de l'utérus par la néo-insertion des ligaments ronds. Révue de Gyn. Nr. 5. (Zieht die Ränder durch einen seitlichen Schlitz des Rektus unter die Aponeurose und fixiert sie da.)
5. Ewald, Über die Endergebnisse unserer Operationen wegen Retroflexio. Wiener med. Wochenschr. Nr. 21. (Bericht über 47 Operationen bei 44 Frauen. Am besten bewährte sich das Verfahren nach Doléris.)
6. *v. Franqué, Die Behandlung der Retroflexio. Med. Klinik. Nr. 28.
7. Gérard, De la laparotomie dans la rétroversion irréductible de l'utérus gravide. Thèse de Lyon. (In 35 Fällen trat nur dreimal Abort ein.)
8. Giles, The after-results of operations for uterine displacements. Proc. of Royal Soc. of Med. Vol. 6. Nr. 6. (Er näht die vordere Uteruswand möglichst tief an die Bauchwand. 95,5% gute Ergebnisse.)
9. Grad, Vaginal shortening of the uterosacral ligaments in procidentia uteri with a report of 10 cases. Amer. Journ. of Obst. Nr. 6.
10. *Griffith, A discussion on ventrifixation. The indications for the operation, with an analysis of 77 cases. Proc. of Royal. Soc. of Med. Vol. 6.
11. Gutzmann, Über Kaiserschnitte bei Geburtsstörungen nach antefixierenden Operationen. Der Frauenarzt. Nr. 8.
12. Herz, Über die Dauerresultate der Alexander-Adamsschen Operation. Inaug.-Diss. Heidelberg.
13. *Hofmeier, Über Ventrifixur und ihre Folgen. Mittelrhein. Ges. f. Geb. 28. Juni. Monatsschr. f. Geb. Bd. 38.
14. Ill, Further experiences with the Gilliam Operation for suspension. Amer. Journ. of Obst. Jan. (783 Fälle. Drei Todesfälle, sieben Rezidive. Diese kommen besonders bei nulliparen Frauen vor. Kontraindikationen sind hochgradige Retroflexio und zu kurze Lig. sacro-uterina.)
15. Kusmin, Zur Behandlung der Rückwärtslagerung des Uterus durch Alexander-Adamsche Operation. Med. Rundschau. Nr. 16. (52 Operationen, zwei Rezidive.)
16. Kruszynski, Die Kombination der Laparotomie mit dem Alexander-Adams und deren Dauerresultate. Inaug.-Diss. Breslau.
17. Labeyrie, La rétroversion utérine. Gaz. de Gyn. Tome 28. p. 225.
18. Lorentz, Die intraperitoneale Verkürzung der Ligamenta rotunda uteri durch N-förmige Raffung und ihre Stellung zu den lagekorrigierenden Operationen. Inaug.-Diss. Greifswald.
19. Mendes de Lyon, Zur Alexander-Adams-Operation. Monatsschr. f. Geb. Bd. 38. (Verf. fand bei 5000 Patienten 1360 Rezidive, davon 260 fixiert. 132 Alexandersche Operationen, 56 kontrolliert. Drei Rezidive.)
20. Nenadowitsch, Über scheinbare Retroflexio fixata. Journ. akusch. i shensk. bol. Mai-Juni. (Es kommen häufig Fälle zur Beobachtung, welche als fixierte Retroflexio diagnostiziert werden, in denen es sich aber um narbige Prozesse im retrozervikalen Bindegewebe handelt bei völlig intaktem Perimetrium. Diese Paracollitis et Paracolpitis cicatricica posterior hängt wohl ätiologisch mit Verstopfungen und Harnverhaltung zusammen und führt zu Sterilität durch Verflachung des hinteren Laquäar. Behandlung: Spaltung der Narben durch Colpotomia posterior.) (H. Jentter.)

21. Ogden, Die chirurgische Behandlung der Rückwärtslagerung des Uterus. St. Paul med. Journ. Jan. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 21.
22. Oastler, Two cases of retrodisplacements. Amer. Journ. of Obst. Jan. (Berichtet über zwei Hernien nach Gilliam-Operation, ferner über verschiedene andere Nachteile.)
23. v. Ortenberg, Placenta praevia centralis, kompliziert mit absolutem Wehenmangel und Querlage durch Vaginaefixation. Zentralbl. Nr. 18.
24. *Parisse, L'étiologie des rétroversions chez les vierges et les nullipares. La Gyn. Nr. 5. Mai. Thèse de Paris.
25. *— Rôle du système nerveux dans l'étiologie des rétrodéviations utérines chez les nullipares. Sem. gyn. Nr. 19.
26. *Polak, A study of the endresults of the Baldy-Webster operation. Journ. of the Amer. med. Assoc. Nr. 16. p. 1430.
27. *Puppel, Über Ventrifixur und ihre Folgen. Mittelrhein. Ges. f. Gyn. Monatsschr. f. Geb. Bd. 38. (Tritt in der Diskussion für den Alexander-Adam ein.)
28. Rissmann, Über 100 Ventrifixuren der Lig. rotunda nach eigener Methode und über 100 Operationen nach Alexander-Adam mit prinzipieller Versenkung von Seidenfäden ohne Rezidive. Zeitschr. f. Geb. Bd. 73.
29. Rüder, Von dem Wert der Alexanderschen Operation. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 6. (Fortbildungsvortrag.)
30. *Sippel, Über Ventrifixur und ihre Folgen. Mittelrhein. Ges. f. Geb. 28. Juni. Monatsschr. f. Geb. Bd. 38.
31. Stansbury, A new instrument for replacing the retro-displaced uterus Amer. Journ. of Obst. May.
32. Stetten, Method of ventrofixation combined with certain tubal sterilisation by means of extra-abdominal displacement. Surg., Gyn. and Obst. Jan. (Fixiert die Ligamenta rot. und die Tuben extrafaszial.)
33. *Teutem, P. A. van, Über Retroflexio uteri. Dissert. Leiden. (Nach einer kurzen historischen Übersicht über die Entstehung und das Wesen der Retroflexio kommt Van Teutem auf Grund einer Untersuchung, die während der Jahre 1903—1912 an den poliklinischen Patientinnen der Reichsuniversität zu Leiden vorgenommen worden war, zu dem Ergebnis, dass die Hauptursache für die Entstehung einer Retroflexion gesucht werden müsse in einem Verlust des Uterusgewebes an Tonus, insbesondere bei asthenischen Frauen; daneben kommen sekundäre Einflüsse in Frage, wie Einwirkung des intraabdominalen Druckes auf die vordere Uteruswand, Tumoren, Adhäsionen. Die Kongenialität erachtet Verf. als von geringer Bedeutung, während nach ihrer Ansicht die Frequenz der Retroflexio bei Nulliparae und Parae gleich ist. Verf. meint, der Retroflexio entschieden eine pathologische Bedeutung zuschreiben zu müssen und die Klagen über Schmerzen, Menstruationsstörungen, Fluor albus usw. auf ihre Rechnung setzen zu müssen. Der angeborenen Retroflexion schreibt sie in jedem Falle die Verantwortlichkeit für die Sterilität zu. Symptomenlose Retroflexionen seien grosse Ausnahmen. Auch die Frequenz der Retroflexio uteri gravidi hält Verf. für grösser als allgemein angenommen wird. Was die Therapie betrifft, so ist Verfasserin eine entschiedene Anhängerin der Alexander-Adams-Operation, die 307mal ausgeführt wurde, gegenüber acht Operationen nach Doléris, 14 Retrofixationen, 15 Laparotomien, vor allem auch, was die technisch leichte Ausführbarkeit und das Fehlen nachteiliger Einflüsse auf die Schwangerschaft und das Kindbett betrifft. Vor allem stellt Verf. für Nulliparae und Virgines, bei denen Manipulieren an den Genitalien nicht erwünscht ist, die operative Therapie über die Pessariumbehandlung.) (Mendes de Leon.)
34. Uhtmöller, Schwere Geburt nach Vaginäfixur. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 18.
35. West, Reflex vomitting and uterine displacement, a clinical study. Virginia Med. Semi-Monthly. Vol. 18. Nr. 9. (34jährige Frau. Langjähriges Magenleiden mit Erbrechen verschwindet nach Operation der Retroflexio.)
36. Zickel, Alexander-Adams mit Tuberkulumschnitt. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 33.

Die Ventrifixur und ihre Ergebnisse waren der Gegenstand der Beratung in einer Sitzung der mittelrheinischen Gesellschaft für Gynäkologie. Hofmeier (13) trat in erster Linie für seine bewährte Methode ein. Er hat im ganzen 311 Operationen ausgeführt: ein Ileustodesfall bei sehr ungünstigen Verhältnissen.

25 Geburten mit einer Sectio caesarea, bei welcher eine andere Technik versucht worden war, die zu festen Verwachsungen geführt hatte. Sippel (30) verwendet noch die alte Czernysche Methode mit möglichst tiefer Fixation des Uterus selbst. In 150 Fällen keine Geburtsstörungen, ein Todesfall an Embolie. Puppel (27) tritt für den Alexander-Adams ein. Griffith (10) hält die Operation für nötig, wenn der Beckenboden intakt, aber die Ovarien prolabiert sind, oder wenn Prolaps von Uterus, Scheide und Rektum besteht. Er näht den Uterus unterhalb der Ligamenta rotunda an die Bauchwand. 72 Fälle, ein Todesfall. Batuaud (2) wendet sich gegen die übertrieben hohe Einschätzung der Bedeutung des Dammrisses für die Ätiologie der Retroflexio und schuldigt mehr die neurasthenische Disposition an für die Ligamenterschlaffung, zumal Dammrisse häufig ohne Retroflexio vorkommen, und umgekehrt, besonders bei Nulliparen.

Die Indikationsstellung zur Behandlung der Retroflexio wird nach wie vor in verschiedenem Sinne erörtert. v. Franqué (6) will nur die Komplikationen behandelt wissen, sonst operiert er nur bei traumatischer Entstehung, im Puerperium und bei Komplikation mit Prolaps.

Über die Symptome der Retroflexio macht van Teutem (33) statistische Untersuchungen. Bei 441 Frauen und 212 Nulliparen mit Retroflexio fanden sich nur sehr wenige ohne Symptome. Sterilität war selten, Abortus häufig dadurch bedingt. Allgemein neurasthenische Beschwerden überwogen. Auch Parisse (25) fand die Verlagerung auffallend häufig bei Nervösen. Der Hauptfaktor ist die mangelhafte Innervation der Gefässe und der Muskulatur, die zu ungenügendem Tonus der letzteren und zu Kontraktionsfähigkeit der Gefässe führt, ähnlich wie Spina bifida zu Prolaps. In einer sehr guten Dissertation untersucht der gleiche Autor (24) die ursächlichen Verhältnisse der Retroflexio bei Nulliparen. Unter 705 Retroflexionen bestanden 163, also 23 % bei Nulliparen. Er unterscheidet eine primäre Retroflexio, beruhend auf Entwickelungsstörungen, und eine sekundäre. Bei dieser muss man eine prädisponierende Ursache annehmen. Diese besteht in Schwäche des Muskelbodens, abnormer Länge und Atrophie des Isthmus, anormaler Beweglichkeit des Uterus. Als veranlassende Ursachen kommen in Frage: 1. mechanische, direkte und indirekte; 2. pathologische Zustände am Uterus, Metritis und Myombildung; 3. Erkrankungen der Adnexe und des Beckenbauchfells; 4. eine allgemeine Schwäche des Nervensystems, peripher wie zentral, die zu mangelndem Tonus des Muskelgewebes und der Bänder und passiver Kongestion des Uterus führt.

Von Operationsstatistiken ist wegen ihrer Ehrlichkeit die von Polak (26) rühmend zu erwähnen. Er hat bei 400 nach Webster-Baldy operierten 50 % gute Ergebnisse, davon 66 % beschwerdefrei. In zahlreichen Fällen fanden sich Einklemmungen oder Zysten der Eierstöcke und Tuben, Ödeme der Ligamente, 32 Rezidive, 14 Neuoperationen, 30 trugen später Pessarien, 22 Aborte, 20 normale Geburten, aber davon 14 mit heftigen Beschwerden in der Schwangerschaft.

c) Prolapsus uteri.

1. Abbott, Operations for uterine prolapse compared. Lancet. Nr. 6.
2. Bandler, Operation for marked descensus of uterus by the Dührssen-Bandler method. New York. Acad. of Med. Jan. 23. Amer. Journ. of Obst. June.
3. Björkenheim, Über die operative Behandlung des Genitalprolapses mit besonderer Rücksicht auf die Resultate. 10. Versamml. d. nord. chir. Vereins. Kopenhagen. Monatsschr. Bd. 28.
4. Bohn-Rabinowitsch, Contribution à l'étude des prolapsus génitaux considérés dans leurs rapports avec la puerperalité. Thèse de Paris. 1912. Steinheil. Revue de Gyn. Tome 21.
5. Boije, Über die operative Behandlung des Genitalprolapses mit besonderer Berücksichtigung der Resultate. 10. Versamml. d. nord. chir. Vereins Kopenhagen. Monatsschrift f. Geb. Bd. 38.

6. Bräcker, Über die operative Behandlung des Genitalprolapses und ihre Dauerresultate. Bericht über 162 Fälle. Inaug.-Diss. Marburg.
7. Brandt, Kr., Genitalprolapset. (Der Genitalprolaps.) (Tijdskr. for den norske Laegeforening. p. 879. (Nachdem die anatomischen Untersuchungen Halbans und Tandlers den Prolapsoperationen eine bessere anatomische Grundlage gegeben haben, benützt Verf. bei den schweren Fällen die Interpositio vesico-vaginalis nach Schauta. Bei den leichten Formen sind die Kolpoperineorraphien allein noch am Platze. Bei der ersten Operation muss man darauf achten, dass die Blase seitwärts von der Cervix uteri gut mobil gemacht wird. Hier ziehen kräftige gefässreiche Bindegewebszüge von der Cervix auf die Blase; dieselben müssen doppelt unterbunden und getrennt werden. Eine isolierte querverlaufende Levatornaht findet Verf. nicht berechtigt. Sie wird in den dünnen, auseinander gedrängten Muskelbündeln eine Illusion sein und ist anatomisch unrichtig. 57 nach Schauta operierte Fälle sind auf die Dauerresultate kontrolliert worden. Bei 75,4% war ausgezeichnetes Resultat; bei 17,5% Besserung, bei 3,4% Rezidiv. Zwei Frauen starben im Anschluss an die Operation; vielleicht an Embolie. Die Operationen, die am meisten an alten, geschwächten Frauen gemacht werden müssen, sind nicht ungefährlich, da grosse Bindegewebsräume mit grossen Venen geöffnet werden müssen. Doch ist das Risiko berechtigt, da die Erfolge gut sind und die Frauen sonst invalid bleiben.) (Kr. Brandt.)
8. Cramer, Beitrag zur Radikaloperation des Prolapses. Arch. f. Gyn. Bd. 101.
9. Davidson, Zur chirurgischen Behandlung der Uterusprolapse. Journ. akusch. i shensk. bol. Sept. (Das Material des Verf. besteht aus 461 operativen Fällen, welche er in drei Gruppen teilt, je nach dem Grade des Prolapses. Genauer Bericht über die 151 Fälle mit Vorfall der Gebärmutter. Nur in 27,8% der Fälle war die Ätiologie ausschliesslich in Verletzungen des Beckenbodens zu suchen; in 28,4% kam dazu schwere körperliche Arbeit, Puerperalerkrankungen, Schwäche der Gewebe etc.; in den übrigen 43,7% konnte der Einfluss der Beckenbodeninsuffizienz nicht nachgewiesen werden. 144mal wurde die Ventrofixatio gemacht, mit oder ohne Plastik des Dammes und der Scheide. Primäre Heilung in 96,5%, bei den Plastiken in 92,9%. Ein Todesfall an Myokarditis und Pneumonie. Schwangerschaft trat in sechs Fällen ein (vier normale Geburten, ein Abort, eine Extrauteringravidität). Schlusssätze: Bei Dislokation der Scheidenwände und Deszensus der Gebärmutter genügen plastische Operationen an Damm, Scheide und Mutterhals. Bei Scheiden- und Gebärmuttervorfall genügen plastische Operationen nicht: es wird die Hysteropexie notwendig. Bei der Wahl der Ventrofixationsmethode ist zu individualisieren. Bei alten Frauen ist die Methode nach Kocher vorzuziehen; bei jungen nach Delbet. Die unmittelbare Fixation gibt seltener Rezidive als die indirekte. Die tiefe Fixation nach Delbet übt keinen üblen Einfluss aus auf Schwangerschaft und Geburt. Der Arbeit ist eine tabellarische Übersicht der Fälle des Verf. beigegeben.) (H. Jentter.)
10. Delassus, Exohystéropéxie ou suspension de l'utérus en hamac, comme traitement des prolapsus génitaux. Sem. gyn. Nr. 31. (Empfiehlt bei schweren Prolapsen die Wegnahme der Adnexe und Einnähung des Uterus in die Bauchdecken.)
11. Drew, Procidentia of the Uterus and rectum at the age of 27 years with remarks of treatment. The Lancet. Vol. 185. p. 136. (Der Rektumprolaps bestand seit der Kindheit, der Uterusvorfall seit einer Entbindung. Laparotomie. Naht des Rektums an die Fossa iliaca. Fixation des Uterus. Kein Rezidiv trotz nachfolgender Geburt.)
12. Earl, Uterine prolapse. St. Paul med. Journ. Vol. 15. Nr. 7. (Hauptursache das Nachlassen des Stützapparates. Levatornaht.)
13. Engström und Boije, Einige Gesichtspunkte und leitende Gesichtspunkte bei Behandlung des Genitalprolapses. Finska Läkarsällsk. Bd. 55. Zentralbl. f. ges. Gyn. Bd. 3. (Bringt nichts Neues.)
14. Fauré, Du prolapsus de l'utérus gravide avec ou sans hypertrophie du col. Lyon 1912.
15. Fekete, Sándor, Per laparotomiam megkisértett interpositio. Aus der Sitzg. der gyn. Sekt. des kgl. Ärztevereins am 3. Dez. 1912. Ref. Orvosi Hetilap. Gyn. Nr. 1. (Ein Versuch, bei Cystocele mit gleichzeitigen, nur per laparotomiam operierbaren Erkrankungen der inneren Geschlechtsorgane, die Interposition im Sinne Schautas jedoch vom Abdomen her vorzunehmen und dann die Verengung des Scheidenrohrs anzuschliessen.) (Temesváry.)
16. Fothergill, Clinical demonstration of an operation for prolapsus complicated by hypertrophy of the cervix. Brit. med. Journ. April 12.

17. Forssner, Über die operative Behandlung von Genitalprolapsen mit besonderer Berücksichtigung der Resultate. 10. Versamml. d. nord. chir. Vereins Kopenhagen. Monatsschr. f. Geb. Bd. 38.
18. Furniss, One gauze sponge removed from bladder, another from the vagina months after a Dührssen operation for prolapse. Journ. Amer. med. Assoc. Nr. 24. p. 1879.
19. Gammeltoft, S. A., Resultater af Behandlingen af Genitalprolaps. (Resultate der Behandlung des Genitalprolapses.) Nordisk kirurgisk Forenings. 10 de Móde i Kóbenhavn. Ugeskrift for Laeger. p. 1599—1606. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb., sowie deren Grenzgeb. Bd. 2. Heft 13. p. 623—624. S. a. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. p. 583. (O. Horn.)
20. Grad, Vaginal shortening of the uterosacral ligaments in procidentia uteri, with a report of 10 cases. New York of Med. Amer. Journ. of Obst. June.
21. Hartmann, Pessarbehandling. (Pessarbehandlung.) Disk. Med. Ges. Kopenhagen 14. Okt. Ref. Hospitalstidende. Kopenhagen. p. 1472—1473. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. p. 584. (O. Horn.)
22. Höfer, Dauerresultate von Prolapsoperationen mit Dammplastik nach Küster. Inaug.-Diss. München.
22a. Hauch, Pessarbehandeling. (Pessarbehandlung.) Disk. Med. Ges. Kopenhagen. 14. Okt. Ref. Hospitalstidende. Kopenhagen. p. 1471—1472. (O. Horn.)
23. *Jacobs, Les organes génitaux internes sont ils suspendues ou soutenus? La Gyn. Juin.
24. *Jaschke, Klinisch-anatomische Beiträge zur Ätiologie des Genitalprolapses. Zeitschrift f. Geb. Bd. 74.
25. *Kaarsberg, J., og M. Seedorff, Genitalprolaps med sarligt Heusyn til Behandling ens Resultater. (Genitalprolaps, besonders mit Rücksicht auf die Resultate der Behandlung.) Einleitungsvortrag. Förhandlingarna vid Nordisk kirurgisk Förenings. 10. Möte i Köpenhaven. p. 1—63. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 40. p. 1474. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. p. 583. (O. Horn.)
26. Klein, Die Operation von Totalprolapsen nach W. A. Freund, ihre Modifikationen, ihre Schicksale. Zeitschr. f. Geb. Bd. 74.
27. Königsberger, Neuere Anschauungen über Ätiologie und Therapie des Prolapses nebst Mitteilung von zwei Kolossalprolapsen. Inaug.-Diss. Strassburg. (1. Der Vorfall hatte einen Umfang von 46 cm und eine Länge von 37 cm. Laparotomie, Fixation des Uterusstumpfes an die Bauchwand. Plastik. 2. 31 cm Umfang, 24 cm Länge. Ventrifixur. Rezidiv. Nochmalige Plastik. Heilung.)
28. *Lenormand, L'association des prolapsus rectal et du prolapsus utéro-vaginal. La Gyn. Nr. 6. Juin.
29. Lothrop, An operation for the cure of vaginal hernia. Boston. Med. and Surg. Journ. Nr. 16. Zentralbl. f. ges. Gyn. Bd. 2.
30. Martin, Ed., Prolaps und Unfall. Ärztl. Sachverst.-Zeitg. 3. p. 117.
31. *— Prolapse of the uterus. Journ. of the Amer. Assoc. Oct. 10. (Empfiehlt die isolierte Naht der vesiko-uterinen Ligamente.)
32. *Meyer, Leopold, Behandling af Genitalprolaps med Pessar. (Behandlung des Genitalprolapses mit Pessar.) Disk. Med. Ges. Kopenhagen. 14. Okt. Ref. Hospitalstidende. Kopenhagen. p. 1469—1471. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. p. 583. (O. Horn.)
32a. — Genitalprolaps. Disk. Förhandlingarna vid Nordisk kirurgisk Förenings. 10. Möte i Köpenhaven. p. 161—163. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 40. p. 1475. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. p. 584. (O. Horn.)
33. Möller, Otto, Genitalprolaps. Disk. Förhandlingarna vid Nordisk kirurgisk Förenings. 10. Möte i Köpenhaven. p. 163—166. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 40. p. 1475. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. p. 584. (O. Horn.)
34. Montgomery, Vagino-uterine prolapse and its effective Treatment. Journ. of Amer. Med. Assoc. Oct. 4. (Empfiehlt als radikalste Operation die Totalexstirpation des Uterus und Scheidenplastik.)
35. Müller, Totalprolaps bei 64jähriger Nullipara. Demonstrat. Ärztever. Wiesbaden. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 24.
36. *Muret, Incontinence d'urine et prolapsus vaginale. Revue de Gyn. et de chir. abdom. Tome 20. Nr. 4.
37. Nadory, Fascia lata-Transplantation bei genitalen Prolapsen. Budapesti Orvosi. 11. Nr. 48. Zentralbl. f. ges. Gyn. Bd. 4. Nr. 1.

38. Norris, Surgical treatment of complete prolapse of the uterus. Pensylvania med. Journ. Vol. 16. Nr. 4. (Zentralbl. f. Gyn. Bd. 2.)
39. Olow, Resultate der operativen Behandlung der Genitalprolapse. Nordischer Chir.-Verein. Kopenhagen. Monatsschr. f. Geb. Bd. 38.
40. Pauchet, Traitement chirurgical du prolapsus de l'utérus et des parois vaginales. Clinique. Jahrg. 8. Nr. 28. Zentralbl. f. ges. Gyn. Bd. 2.
41. Peyrin, Contribution à l'étude de Schauta-Wertheim dans le traitement des prolapsus génitaux. Thèse de Lyon.
42. *Pistolese, Il prolasso genitale. Archivio italiano di Ginecologia. Vol. 10. p. 57.
43. Radwanska, Der angeborene gänzliche Prolapsus uteri bei einem mit Spina bifida behafteten Neugeborenen. Gyn. Rundschau. Nr. 14.
44. Rich, Treatment of prolapse of the bladder. Nordwest med. Vol. 5. Nr. 2.
45. Scharlieb, Malpositions of the uterus. Brit. med. Journ. July 26.
46. *Schultz, Th., Baekkenbund og Prolaps. Kjöbenhavn. 56 p. (Beckenboden und Prolaps.) Köpenhaven. 56 S. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Heft 6. p. 583. (O. Horn).
46a. — Genital prolapsernes Genese. (Die Genese der Genitalprolapse.) Disk. Förhandlingarna vid Nordisk kirurgisk Förenings. 10. Möte i Köpenhaven. p. 179—187. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 40. p. 1475. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. p. 583. (O. Horn.)
47. Somers, The anatomy and surgical utility of sacro-uterine ligaments. Journ. of Amer. med. Assoc. Oct. 4. (Bespricht die Anatomie der sakro-uterinen Ligamente und ihre Verwendung zur Operation des Prolapses.)
48. Sellmann, Hysterectomy for the cure of prolapse of the uterus. Amer. Journ. of Obst. April.
49. Westermark, Die Interposition des Uterus. Nord. Chir.-Verein Kopenhagen. Monatsschr. f. Geb. Bd. 38.

Der Streit über die Bedeutung des Beckenbodens bzw. des Haftapparates für die Entstehung des Vorfalls dauert immer noch fort. Jaschke (24) führt dazu die etwas extrem einseitigen Darstellungen von Halban und Tandler und Ed. Martin auf das richtige Mass zurück. Er betrachtet sie nicht als getrennte Faktoren, sondern will sie als untrennbare Einheit aufgefasst wissen. Auch die Überschätzung der Bedeutung des Levator ani weist er zurück, da es weniger auf die Stärke des Muskels selbst, als auf die Weite des Levatorspaltes ankommt. Der Haftapparat oder Schwebeapparat des Uterus allein kann nie den Vorfall verhüten, wenn der Stützapparat versagt. Viel muss auch noch auf angeborene Mängel der beiden geachtet werden. Jacobs (23) schliesst sich dagegen vollständig den Anschauungen Ed. Martins über die Bedeutung des Retinaculum uteri für die Statik des Uterus an, während der Beckenboden erst sekundäre Bedeutung hat.

Pistolese (42) unterscheidet drei Formen des Prolapses: 1. den Totalprolaps von Uterus und Scheide durch Erschlaffung der Aponeurose, der Ligamente und des Dammes; 2. isolierte Verlagerung durch Zerreissung der oberen Beckenaponeurose; 3. Hernien, präuterine, mit Elongatio colli und Cystocele oder retrouterine ohne Rektocele. Als Hauptursache schildert er die Vorgänge bei der Geburt, vor allem zu frühzeitiges Pressen bei nicht eröffnetem Muttermund, Vorschieben der vorderen Scheidenwand, zu frühes Aufstehen bei mangelhafter Involution. Die Incontinentia urinae beim Prolaps der Scheide kann nach Muret (36) nur entstehen, wenn der vordere Teil der Blasenscheidenwand herabtritt, besonders der untere Teil der Urethra, während der vordere noch an der Symphyse festgehalten wird. Dann kommt es durch Zerrung zur Sphinkterdehnung und zum Urinträufeln. Wenn auch der Symphysenteil mit herabtritt, bleibt die Kontinenz erhalten. Es genügt dann meist schon ein Pessar zur Abhilfe.

Den Zusammenhang zwischen Prolaps und Unfall behandelt Ed. Martin (31). Entsprechend seiner Anschauung von der Erschlaffung des Faszienhaltapparates als Hauptursache des Vorfalles kann bei defektem Beckenboden jeder.

nicht bloss der primäre Prolaps durch übermässige Inanspruchnahme dieses Apparates entstehen. Unfall, schweres Heben, Sturz aufs Gesäss kann plötzlichen Vorfall bewirken, um so leichter, je geschädigter oder schlecht entwickelter das Gewebe ist, also nicht nur primärer Vorfall kann durch Unfall entstehen. Das gleichzeitige Vorkommen von Uterus- und Rektalprolaps erklärt Lenormand (28) durch die Insuffizienz des Beckenbodens. Gelegenheitsursachen sind die Geburt, Tiefe des Douglas, Retroversion, starke Anstrengungen, bei Vorfall des Rektums abnorme Länge der Flexur und des Mesenteriums. Therapie: Fixation des Uterus an die Bauchwand, Obliteration des Douglas, Fixation der Flexur an der hinteren Fläche des Uterus und am linken Psoas. Kolporrhaphie, Analringeinlage.

In der nordischen Gesellschaft für Chirurgie war der Prolaps Gegenstand einer eingehenden Diskussion. Schultz (46) wendet sich gegen die Anschauungen Halban und Tandlers. Nach ihm haben Diaphragma, Perinealkeil und die rektalen Partien des Levator ani keine grosse Bedeutung. Der wichtigste Verschlussmuskel ist der Pubo-rectalis oder Sphincter pelvis, bei dessen Insuffizienz — durch Zerreissung bei der Geburt, oder allmähliche Dehnung bei Nulliparen, oder Lähmung bei Neugeborenen — der Vorfall entsteht. Auch die Retroversion hat keine ursächliche Bedeutung. Auch Meyer (32) wendet sich scharf gegen jene Anschauungen und hält die Levatornaht für nicht nur unnötig, sondern auch für schädlich. Kaarsberg und Seedorf (25) verteidigen dagegen die Halbanschen Ansichten. Die anderen zahlreichen Redner beschäftigen sich hauptsächlich mit ihren Operationsergebnissen, die im allgemeinen keine besonders günstigen sind.

Anhang: Pessare.

1. Hewit, A new pessary. Interstate med. Journ. Nr. 8. (Besteht aus drei kreisrunden, aufeinandergesetzten Hartgummiringen, die nach oben kleiner werden.)
2. Kluge, Über Sterilität. Med. Ges. Magdeburg. 7. Nov. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 6. (Berichtet über ein Sterilett, genannt „Obstavit", bei dem trotzdem zweimal Konzeption und Abort eintrat, ausserdem eine schwere Endometritis.)
3. Torkel, Intrauterin zerbrochenes Sicherheitspessar aus Beinmasse. Gyn. Ges. Breslau. 24. Juni. Monatsschr. f. Geb. Bd. 38. (Musste durch Aufschneiden der Vorderwand des Uterus entfernt werden.)
4. Winkler, Ein pneumatischer Vaginalring. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 34. (Nach Art eines Radreifens aufpumpbarer Ring, der sich der Scheide sehr gut anlegen und nicht reizen soll.)

d) Uterusinversion.

1. *Alsberg, Zur Therapie der puerperalen Uterusinversion. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 23.
2. Beckmann, W., Drei Fälle von Inversio uteri. Journ. akusch. i shensk. bolesn. Jan. (1. 30jährige Frau akquirierte bei der vierten Entbindung eine spontane Inversio uteri. Seitdem profuse Blutungen. Äusserste Anämie erforderte Tamponade und gestattete keine Kolpeuryse. Längsschnitt durch die $2^1/_2$ cm lange Cervix, durch den Fornix fortgeführt auf den Uteruskörper. Reinversio gelang erst, nachdem der Schnitt bis zum Fundus fortgeführt war. Uteruswand und Fornix vernäht. Bereits am Abend Fieber. Nach 24 Stunden wird der Fornix eröffnet. Aus dem Douglas ergiesst sich eitrige Flüssigkeit. Drain. Tod an Peritonitis. 2. Bei einer 75jährigen Frau war eine chronische Inversion durch ein sarkomatös degeneriertes hühnereigrosses polypöses Fibrom hervorgerufen. Uterusexstirpation in Spinalanästhesie. Genesung. 3. Inversio uteri bei einer 33jährigen IVpara, hervorgerufen durch ein im Fundus uteri submukös sitzendes Fibromyom von Mandarinengrösse. Die bakteriologische Untersuchung der Geschwulst- und Uterusoberfläche ergab die Anwesenheit von Streptokokken. Vaginale Uterusexstirpation in Spinalanästhesie. Genesung. Verf. weist auf die Infektionsmöglichkeit bei der konservativen Operation der Inversio uteri hin. Von der Schleimhautoberfläche des invertierten Uterus kann eine septische Autoinfektion bei der konservativen Operation nach Küstner-Piccoli zustande kommen,

deswegen ist bei ausgebluteten Patientinnen die Uterusexstirpation der konservativen Operation dann vorzuziehen, wenn durch Kultur auf der Gebärmutteroberfläche Streptokokken nachgewiesen werden. Für gewöhnlich ist natürlich prinzipiell der konservativen Operation der Vorzug zu geben.) (H. Jentter.)
3. Colle, Inversion utérine, réduction manuelle après deux mois. Bull. de la soc. d'obst. de Paris. Nr. 3. (Inversion durch Zug an der Nabelschnur nach Forzeps. Kind wog 4500 g. Die Reduktion gelang leicht durch Anziehen des Halses und Zurückschieben des Körpers.)
4. *Ferré, Deux cas d'inversion utérine chez des vaches. Bull. de la soc. d'obst. de Paris. Nr. 6.
5. Fieux, Histoire lamentable d'une délivrance forcée. Journ. de méd. de Paris. Nr. 15. p. 305. (Akute Inversion, verursacht durch Zug an der Nabelschnur durch den Arzt wegen Zeitmangels. Exitus am Schock.)
6. Froriep, Zur Inversio uteri. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 20. (Bei einer schweren Atonie invertierte Froriep absichtlich den Uterus und schloss die Totalexstirpation an. Trotzdem Exitus.)
7. Jones, Inversion of the uterus. With report of a case occuring during the puerperium and caused by a fibroid. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 16. (42jährige Multipara. Zwei Wochen post partum Inversion. Resektion des Uterus mit dem fundalen Fibrom. Heilung unter Abszessbildung.)
8. Nebel, Puerperale Uterusinversion. Mittelrhein. Ges. f. Gyn. 16. Febr. Monatsschr. f. Geb. Bd. 38. (Inversion durch Zug an der Nabelschnur. Ablösung der Plazenta. Reinversion, kein Schock. Heilung.)
9. v. Neugebauer, Über eine Geburt fünf Jahre nach vorausgegangener Piccolo-Operation wegen puerperaler Inversion. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 15. (Spontane Geburt. Placenta bipartita, vermutlich hatte sie gerade auf der Narbe gesessen.)
10. Riedmeier, Über einen Fall von onkogenetischer Totalinversion des Uterus. Inaug.-Diss. München.
11. Robertson, Complete inversion of the uterus. With prolapse. Australian med. Journ. 2. p. 926. (20jährige Ipara. Inversion bei Credé. Ablösung der Plazenta. Reinversion. Heilung.)
12. Scheffen, Puerperale Uterusinversion. Mittelrhein. Ges. f. Geb. 16. Febr. Monatsschrift f. Geb. Bd. 38. (42jährige Multipara. Schon bei der ersten Geburt Inversion. Inversion entstand beim Urinieren am zweiten Tag. Reposition gelang nicht. Exstirpation.)
13. Slaski, Uterusinversion. Med. i Kron. Lekarska. Nr. 1. p. 1—5. (Polnisch.) (Ein Jahr nach erfolgter Uterusinversion erfolgreiche Operation nach Piccoli, aber mit Drainage des Cavum Douglasii, was Ref. entschieden hätte vermieden wissen wollen.) (v. Neugebauer.)
14. Stark, Some causes of inversion of the uterus. Journ. of Obst. of Brit. Emp. July. (1. Spontane Inversion ohne erkennbare Ursache. Exitus. 2. Vier Wochen bestehende Inversion bei Ipara. Laparotomie. Spaltung der hinteren Wand. Reinversion. Heilung. 3. und 4. Inversion durch Fundalpolypen. Ein Exitus an der Blutung.)
15. Théoharide, Du traitement chirurgical de l'inversion utérine récente et ancienne, d'origine puerperale. Thèse de Paris.
16. Tweedy, Polypus completing inversion of uterus and illustrating the difficulty of diagnosis. Journ. of Obst. and Gyn. of Brit. Emp. March. (Bespricht die Schwierigkeit der Unterscheidung des Polypen vom invertierten Uterus. Diskussion.)
17. *Vautrin, La cure de l'inversion utérine doit être conservatrice. Bull. de la soc. d'obst. de Paris. Nr. 8. Nov.
18. *Zangemeister, Über puerperale Uterusinversion. Ärztl. Verein Marburg. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 12.

Zangemeister (18) bespricht ausführlich die Ätiologie und Therapie der Inversion. Als gefährlichstes Moment für die Kranke erklärt er den Schock und empfiehlt mit der Reinversion erst zu warten, bis dieser überwunden ist, und sich nur auf die Blutstillung zu beschränken. Im Gegensatz dazu rät Alsberg (1), den Uterus sofort zu reponieren und dann sorgfältig zu tamponieren. Vautrin (17) rät, wenn irgend möglich, die Exstirpation des Uterus zu vermeiden, da man fast stets mit einer der Repositionsmethoden auskommt. Von den opera-

tiven Verfahren hat er die besten Erfolge von der Spaltung der vorderen Wand gesehen. Von Interesse sind die Beobachtungen, die Ferre (4) über Inversion bei Kühen gemacht hat: bei zwei Kühen, die von derselben Mutter geboren waren, trat bei der ersten Geburt eine Inversion ein, die sich fünf- bzw. dreimal wiederholte, bei einer bestand zugleich Rektumprolaps. Er nimmt deshalb eine angeborene Disposition an.

---

5. Sonstiges.

1. Asch, Uterusperforation infolge krimineller Abtreibung. Gyn. Ges. Breslau. 11. Febr. Monatsschr. f. Geb. Bd. 37. (16jähriges Mädchen. Exitus an jauchiger Peritonitis.)
2. Heineck, Removal of a foreign body introduced into the uterus to prevention of conception. Journ. of the Amer. med. Assoc. 13. Sept. Vol. 61. (Das Instrument konnte nur durch Spaltung des Halses zusammen mit einem Abortivei entfernt werden.)
3. Janczewski, Fall von Uterusperforation bei einer wegen hartnäckigen Blutungen zum drittenmal vorgenommenen Uterusauskratzung, Hervorziehen eines Omentalzipfels, Reposition in den Uterus, abwartende Behandlung. Einheilung. Abstossung des nekrotischen Zipfels. Nach drei Jahren Laparotomie. Unterbindung und Trennung einer festen Netzadhäsion.) Gyn. Rundschau. Nr. 20.
4. Juda, Uterusblutungen Neugeborener. Med. Klinik Nr. 15. (Bericht über zwei Fälle. Die Blutung hielt einige Tage an. Es handelt sich nicht um eine Menstruatio praecox, da die Blutung sich nicht mehr wiederholt. Die Ätiologie ist unklar.)
5. Kastanajew, Zur Frage über Fremdkörper des Uterus. Wratsch. Gaz. Nr. 10. (1. Beim Eingehen in den abortierenden Uterus wurde oberhalb des inneren Muttermundes eine querliegende Haarnadel palpiert. In Narkose wurde dieselbe digital entfernt; die Abortreste mittelst stumpfer Curette extrahiert. Genesung. 2. Es handelte sich um zweimonatlichen Abort. Durch das vordere Scheidengewölbe wurde ein harter, dünner, sondenförmiger Körper palpiert, dessen Spitze subkutan oberhalb des Schambeins zu fühlen war. Bei Druck auf diese Spitze zeigt sich im Zervikalkanal das andere Ende des Fremdkörpers. Es wird an diesem extrahiert und erweist sich als zerbrochene hölzerne Stricknadel von 11,5 cm Länge. Trotz bestehender Uterusperforation klangen die peritonealen Erscheinungen ab, nach vier Tagen trat Abort ein. 3. Der 19jährigen Patientin wurde von der Hebamme zwecks Fruchtabtreibung ein Instrument eingeführt. Beim Bücken trat heftiger Schmerz auf; die Hebamme konstatierte, dass das Instrument verschwunden sei. Am nächsten Tage Peritonitiserscheinungen. Längs dem Rande des linken Rektus wird ein 2—$2^1/_2$ Finger breites Infiltrat konstatiert. Laparotomie. Zwischen Netz und Darmschlingen lag ein elastisches Bougie. Genesung. Die Schwangerschaft blieb erhalten.) (H. Jentter.)
6. Kriwsky, Ein Fall von Uterusperforation. Demonstration. Journ. akusch. i shensk. bolesn. Dez. Sitzungsber. der geb.-gyn. Ges. zu St. Petersburg. (H. Jentter.)
7. Maly, Über eine seltenere Art des Zustandekommens von Uterusverletzungen. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 21. (Perforation bei Dilatation mit Metalldilatatoren. Naht. Heilung.)
9. Stewart, Lactation atrophy of the uterus. Amer. Journ. of Obst. May. (Bericht über mehrere Fälle dieses Leidens. Er glaubt, dass ätiologisch ein Fehler der inneren Sekretion mitspiele.)
8. Schwarzwälder, Verletzungen und Schädigungen der Gebärmutter durch Fremdkörper. Stettiner Ärzteverein. 8. April. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 24. (1. Ansatz einer Braunschen Spritze drang durch den Uterus bis in die Nierengegend, wo er in einem Abszess gefunden wurde. 2. Intrauterinstift errregt eine schwere tödliche Beckeneiterung.)

XI.

Neubildungen des Uterus.

Referent: A. J. M. Lamers.

Myome.

1. Aimes, A., Etiologie et pathogénie des fibromyomes utérins. Progrès méd. Nr. 12. p. 149—152. (In der Ätiologie sollen vor allem erbliche und konstitutionelle Einflüsse eine Rolle spielen. Die schwarze und semitische Rasse ist für Myome besonders disponiert.)
2. Alexandrow, F. A., Die Behandlung der Uterusmyome vom modern gynäkologischen Standpunkt betrachtet. Novoie w Med. Nr. 1 u. 2. (Cf. „Strahlentherapie der Myome", a) Röntgenstrahlen.)
2a. Alfieri, E., Fibromiomi del legamento largo. La Gin. Vol. 10. Nr. 3. p. 65—84. (Italienisch.)
3. Allmann, J., Die Abderhaldensche Reaktion bei Myomen. Biol. Abt. d. ärztl. Vereins in Hamburg. Sitzg. vom 16. Dez. Ref. Münchn. med. Wochenschr. 1914. Nr. 9. p. 502. (Myomgewebe wurde immer abgebaut, gleichgültig welches Serum zur Verwendung kam. Vielleicht liegt dies an dem Überschuss des Bindegewebes der verarbeiteten Fibromyome. — Diskussion: Prochownick hat mittelst der Abderhaldenschen Reaktion Blutungen bei submukösen Myomen, beginnender Klimax und schwerer Metritis von Abortresten differenziert. Ferner ist zweimal das Zusammentreffen von Myom mit Gravidität sehr früh gesichert.)
4. Alschwang, M., Jauchige und nekrotische Veränderungen der Uterusmyome und ihre operative Behandlung. Diss. Berlin. Mai.
5. v. Arx, W., Beitrag zur Frage des Fibromyoma teleangiectodes uteri. Gyn. Helvetica. 13. Jahrg. Herbstausgabe. p. 285—294. (Kasuistisch. Es sollen bisher nur vier derartige Fälle bekannt sein. Ursache: Druck des Myoms auf die Venen im Lig. latum und der Tumorkapsel.)
6. Aschner, B., Untersuchungen über die Serumfermentreaktion nach Abderhalden. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 27. p. 1243—1245. (Uterusmuskulatur oder Myomsubstanz wurden niemals abgebaut.)
7. Bandler, S. W., Vaginal hysterectomie. Morcellement and clamp method. Bisection of the uterus. Twelve fibroids. Sect. on Obst. and Gyn. of the New York Acad. of Med. Meeting of Jan. 23. Ref. The Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 67. Nr. 426. p. 1190—1192. (Kasuistisch. 52jährige Patientin hat seit drei Jahren starke Menorrhagien. Starker Adipositas. Genaue Beschreibung der Operationstechnik (wird an anderer Stelle referiert). Während der Operation wurden 12 Myomknollen enukleiert.)
8. — Fibrosis uteri, vaginal hysterectomie, ligature method. Sect. on Obst. and Gyn. of the New York. Acad. of Med. Meeting of Jan. 23. Ref. The Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 67. Nr. 426. p. 1188. (Kasuistisch; 38jährige VIpara, letzte Entbindung vor sechs Jahren. 2—3wöchentliche starke Blutungen, 6—7 Tage dauernd, mit Rückenschmerzen. Harndrang. Beschreibung der Operationsmethode zur Verhütung einer Cystocele. Wird an anderer Stelle referiert.)
9. Barber, P. E., A case of torsion of the pedicle of a subperitoneal myoma. North of England Obst. and Gyn. Soc. Meeting on March 14. Ref. The Brit. med. Journ. Nr. 2727. April 5. p. 717. (Kasuistisch; 40jährige Nullipara. Ca. 4 cm langer Stiel, an dem noch ein gänseeigrosses Myom sass. Uterus und oberer Teil der Vagina waren zum Teil mitgedreht; Lig. lata sehr ödematös, Venen stark dilatiert. Der Tumor wog über 10 Pfund.)

10. Barbour, A. H. F., Fibroid uterus, retroverted and impacted, with marked displacement of the bladder. Edinb. Obst. Soc. Meeting on Febr. 12. Ref. Transact. of the Edinb. Obst. Soc. Vol. 38. p. 135—136. (Kasuistisch.)

11. — Two cases of uterine fibroids in which degeneration in the tumour — perithelioma and necrobiosis — caused difficulty in diagnosis. Edinb. Obst. Soc. Meeting on March 12. Ref. The Brit. med. Journ. Nr. 2726. March 29. p. 664. Als Original erschienen in The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 24. Nr. 2. August. p. 61—67. (Die erste Patientin war 62 Jahre alt. Mit 55 Jahren war ihr schon ein grosser fibröser Polyp entfernt worden. Seit zwei Jahren ist der Uterus bis über Nabelhöhe gewachsen. Bei der Operation zeigte sich der Uterus wie in einer zystischen Geschwulst verändert. Es handelte sich um ein maligne degeneriertes Myom. Bei der zweiten, 51 jährigen Patientin wurde ein Myom entfernt, das die Grösse eines Uterus im achten Monat erreicht hatte und schnell gewachsen war. Der Tumor war nekrobiotisch und zeigte fortgeschrittene „rote" Degeneration.)

12. Baumm, P., Mischgeschwulst (Myom und Karzinom) der Cervix uteri. Gyn. Ges. in Breslau. Sitzg. vom 4. März. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. Heft 6. p. 883. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 28. p. 1386. (Betrachtungen über die Entstehung von Karzinomen in Myomen. Das fast faustgrosse kuglige Myom ragte als Cervixpolyp aus der karzinomatösen Cervix heraus. Es ist am Stiel krebsig durchwachsen, im übrigen mit glatter Oberfläche versehen. An einer zirkumskripten Stelle war es mit der hinteren Scheidenwand verwachsen. Merkwürdigerweise ist nur diese Stelle der Scheide karzinomatös, während an der Oberfläche des Myoms kein Karzinom gefunden werden konnte. Vortragender denkt sich den Entwickelungsgang wie folgt: Erst wuchs aus gesunder Cervix ein fibröser Polyp, der mit der hinteren, noch gesunden Scheidenwand verwuchs. Inzwischen degenerierte Cervix und Kollum krebsig und schliesslich etablierte sich in der Scheidenschleimhaut, merkwürdigerweise gerade an der Verwachsungsstelle, durch Metastase ein Krebs. Wäre hier nicht die Verwachsung gewesen, so wäre der Fall zweifellos als Beleg für die Kontaktinfektion angesehen worden.)

13. Bazy, L., Adénomyome utérin. Soc. anat. de Paris. Séance du 7 Févr. Ref. La Presse méd. Nr. 15. p. 144. (Die weiche und sehr gefässreiche, von der hinteren Uteruswand ausgehende Tumorbildung hatte auf das Rektum übergegriffen und konnte nur unvollständig entfernt werden.)

13a. Bertoloni, G., Contributo casistico allo studio dei fibromiomi della portio. Folia gyn. Vol. 8. Nr. 1. p. 153—163. (Kasuistisch. Literatur.)

13b. Binet, E., Fibrome calcifié inclus dans le bassin; hystérectomie chez une femme agée. Réun. obst. et gyn. de Nancy. Séance de Déc. Ref. Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. 1914. Tome 9. Nr. 3. p. 207.

14. Bland-Sutton, J., An address on the exotic flora of the uterus in relation to fibroids and cancer. Brit. med. Journ. Nr. 2718. Febr. 1. p. 205—208. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 31. p. 1733. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 23. Nr. 4. p. 245. (Nach den bakteriologischen Untersuchungen des Verf. enthält die Uterushöhle bei Frauen mit Uteruskarzinom und -Myom mehr Bakterien als bei Frauen ohne diese Affektion. Beim submukösen Myom ist dieser Bakteriengehalt durch das Bestreben des Uterus bedingt, den Fremdkörper auszustossen, wodurch die Portio geöffnet und den Bakterien der Eintritt erleichtert wird. Ausserdem finden die Bakterien bei Frauen, die geboren haben, einen guten Nährboden in den weitklaffenden Gefässen der Uteruswand. Eine relativ häufige Folge der Uterusexstirpationen ist Thrombose und hieraus resultierender Tod durch Embolie der Art. pulmonalis.)

15. — — Fibroids of the uterus: their Pathology and Treatment. London. Science Reviews. Limited. Pp. 240—VI. 39 Illustr. Ref. The Lancet. Nr. 4703. Oct. 18. p. 1123.

16. — — On a case of adenomyoma of the uterus involving the rectum. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 23. Nr. 6. p. 402—403. (Kasuistisch. Mit 1 Tafel.)

17. — — The visceral complications met with in hysterectomy for fibroids and the best methods of dealing with them. Med. Soc. of London. Meeting on Oct. 27. Ref. The Lancet. Nr. 4705. Nov. 1. p. 1256. The Brit. med. Journ. Nr. 2757. Nov. 1. p. 1160. Münchn. med. Wochenschr. 1914. Nr. 8. p. 452. (Diskussion: Giles, Douglas Drew, Waterhouse, Hubert Roberts, Paterson, Johnson, Gibbons and Handfield-Jones.) Als Original erschienen in Brit. med. Journ. Nr. 2757. Nov. 1. p. 1130

bis 1132 und in Lancet. Nr. 4705. Nov. 1. p. 1249—1251. (Betrachtungen über das operative Verhalten beim Zusammentreffen von Myomen mit Herzkrankheiten, Struma, Diabetes, Nierenerkrankungen, Karzinom des Kolon und Gallensteine. Auch die Behandlung des verletzten Ureters und das Vorkommen von Embolie nach der Operation kommt zur Sprache. Herzfehler sind an sich keine Kontraindikation für Hysterektomie, im Gegenteil kann Verf. mehrere Fälle anführen, bei denen die Operation auf eine komplizierende Herzaffektion direkt erleichternd einwirkte. Die von anderen Autoren mehrfach berichteten Fälle von postoperativer Lungenembolie sind vielfach auf einen übermässigen Gebrauch von versenkten Suturen zurückzuführen. Dagegen müssen Kranke mit gleichzeitiger ausgesprochener Basedowscher Krankheit als entschieden ungeeignet für die Hysterektomie bezeichnet werden, obwohl Verf. dreimal einen einfachen Kropf nach der Entfernung des Uterusfibroms in auffallender Weise hat schrumpfen sehen. Auch bei diabetischen Kranken ist die Operationsgefahr eine stark vermehrte. Leichte Beimengungen von Eiweiss im Urin können als unbedenklich bezeichnet werden.)

18. Boldt, H. J., 1. Myomatous uterus, complicated with suppurating ovarian cyst on the right side, tuboovarian abscess on the left, and chronic pelvic peritonitis. Organic heart lesions. 2. Submucous myoma. Extreme rigidity of the pelvic floor. Supravaginal extirpation of the uterus. 3. Cervical myoma in anterior wall of cervix. Ovarian cyst with twisted pedicle. Sect. on Obst. and Gyn. of the New York. Acad. of Med. Meeting of Jan. 23. Ref. The Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 67. Nr. 426. p. 1201. (Kasuistische Fälle.)

19. Bougot, M., Fibrome utérin contenant un vaste foyer hémorrhagique. Soc. anat. de Paris. Séance du 30 Mai. Ref. La Presse méd. Nr. 46. p. 462. Ann. de gyn. et d'obst. 1914. Tome 11. Mars. p. 164—165. (Ursache der Veränderung war wahrscheinlich die Torsion des Uterus.)

20. Brewis, N. T., Fibroid tumour of cervix. Edinb. Obst. Soc. Meeting on Febr. 12. Ref. Transact. of the Edinb. Obst. Soc. Vol. 38. p. 140. (Über 30 Pfund schweres gestieltes Myom der Cervix, das über 25 Jahre bestanden hatte und trotz der Menopause weitergewachsen war. Keine Adhäsionen. An einer Stelle Erweichung. Die Ureteren waren unbeeinflusst.)

21. Brickner, S. M., Suppurating fibroid due to a criminal abortion. New York. Obst. Soc. Meeting on March 11. Ref. The Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 68. Nr. 427. July. p. 99. (Kasuistisch. Supravaginale Hysterektomie. Netz. mit dem Tumor verwachsen; bei der Lösung entleert sich Eiter in die Bauchhöhle. Trotzdem glatte Heilung, auch der Bauchwunde.)

22. Brin, H., Fibrome rétropéritonéal à point de départ utérin, du poids de 27 livres. Soc. de méd. à Angers. Séance du 12 Févr. Ref. La Presse méd. Nr. 26. p. 257. (Kasuistisch. 38jährige Frau. Ausser Auftreibung des Leibes absolut keine Erscheinungen. Der Tumor sass mit 3—4 cm langem Stiel der rechten Seite des Uterus auf und konnte unter Zurücklassung des Uterus abgetragen werden. Heilung.)

23. Brohl, J., Zystisch degeneriertes Fibrom des Uterus. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Köln. Sitzg. vom 4. Dez. 1912. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Erg.-Heft. p. 335. (Ungewöhnlich geringe Symptome. So ist z. B. die Periode sehr schwach und hält nur drei Tage an. Befund bei der Laparotomie: mannskopfgrosses, ausserordentlich weiches, breitgestieltes Fibrom, dem sich mehrere kleine Fibrome anschliessen, tief in der Portio sitzend. Mächtige Venenentwickelung in ödematösem Gewebe. Durch mikroskopische Untersuchung wird ein zystisch degeneriertes Myom festgestellt.)

24. Chabiron, De la fréquence du sarcome dans le fibrome utérin. Thèse de Bordeaux 1912.

25. Chambers, P. F., Multiple neoplasm. New York. Acad. of Med. Sect. on Obst. and Gyn. Meeting of April 24. Ref. The Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 68. Nr. 429. Sept. p. 557—558. (42jährige Frau, die innerhalb vier Jahren operiert wurde wegen: Karzinom der linken Mamma, degeneriertem Uterusmyom, wahrscheinlich sarkomatöser Natur, Karzinom der rechten Mamma und schliesslich allgemeiner Sarkomatose der Haut, an der sie starb.)

26. Colle, J., Utérus bicorne fibromateux. Réunion obst. et gyn. de Lille. Séance de Déc. Ref. Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. 1914. Nr. 2. p. 132. (Kurzgestieltes Fibrom an einem Horn, aber auch das andere war von Myomen durchsetzt.)

27. Costantini, P., Adenomioma dell' utero e tuberculosi utero-annessiale complicata. Il policlinico. Vol. 20. Nr. 14. p. 473—477. (Kasuistisch. Makroskopische und mikro-

skopische Beschreibung des Präparates. Theorien der Entstehung der Adenomyome und der tuberkulösen Infektion.)

28. Cookson, N., Specimens from cases of abdominal section. Brit. Med. Assoc. Staffordshire Branch. Meeting on Febr. 27. Ref. The Brit. med. Journ. Nr. 2730. April 26. p. 881. (Vortragender berichtet über drei Fälle, in denen ein submuköses Uterusmyom spontan ausgestossen wurde oder im Wege war, ausgestossen zu werden.)

29. Cova, E., Über die Ursache der Torsion des myomatösen Uterus. Ital. Ges. f. Geb. u. Gyn. 18. Versamml. zu Rom, 18.—20. Dez. Ref. Revue de gyn., d'obst. et de péd. 1914. Nr. 1. p. 64.

30. Crousse, M., Un cas de fibromyome à évolution rapide. Bull. de la Soc. Belge de Gyn. Tome 23. Nr. 8. p. 182—185. (Die Laparotomie wegen eines schnell wachsenden Tumors des Uterus bei der 31jährigen Patientin wurde abgebrochen, weil man den Uterus für schwanger hielt. Später wegen allgemeinen Kräfteverfalls und schnellen Wachstums Hysterektomie. Uterus mit zahlreichen Myomen und „rote" Degeneration; keine Schwangerschaft vorhanden.)

31. Dartigues, L., Fibromyomectomie pour polype inséré sur le fond utérin. Soc. de chir. de Paris. Séance du 11 Avril. Ref. La Presse méd. Nr. 34. p. 346. (Der Tumor konnte durch vaginale Hysterotomie entfernt werden. Vortragender betont die Vorteile der konservativen chirurgischen über der Radiotherapie für derartige Fälle.)

32. — Deux cas de fibromyectomie transvaginale conservatrice par colpotomie antérieure, dont l'un suivi de stomatoplastie. Soc. de chir. de Paris. Séance du 16 Mai. Ref. La Presse méd. Nr. 48. p. 483. (Technik der von ihm mit diesem Namen belegten Operation.)

33. — Ein Fall von Kombination von Uterusmyom und Cervixkarzinom. Soc. des chir. de Paris. Séance du 6 Juin. Ref. La Presse méd, Nr. 55. p. 559. (Kasuistisch, cf. „Karzinom".)

34. — Technique opératoire de la fibromyectomie transvaginale conservatrice par colpotomie antérieure. Revue de gyn. et de chir. abd. Sept. p. 1557.

35. Deaver, J. B., A year's work in hysterectomy. Amer. Journ. of the Med. Scienc. Vol. 145. April. p. 469—474. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 31. p. 1173. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 24. Nr. 1. p. 26. La Gyn. Nr. 10. Oct. p. 635—636. (In mehr als der Hälfte der 109 Fälle gab Myom die Indikation zur Operation. Recht häufig war diese Erkrankung mit anderen Veränderungen der Beckenorgane vergesellschaftet, nämlich 40mal mit chronischer Endometritis, 36mal mit chronischer Salpingitis, je 16mal mit chronischer Metritis und chronischer Oophoritis, neunmal mit Ovarienzyste und einmal mit akuter Salpingitis. Es deuten deshalb Beschwerden bei Vorhandensein eines Fibroms stets auf andere noch vorhandene Komplikationen im Unterleib hin. Die mechanischen Störungen, welche bei unregelmässigem Wachstum des myomatösen Uterus auftreten, können leicht einen Zustand herabgesetzter Gewebsernährung des Endo- und Myometriums herbeiführen und damit eine verminderte Widerstandsfähigkeit gegen Infekion schaffen. Unter 345 Myomfällen wurde in 11% hyaline, in 3,6% zystische und ebenso oft hämorrhagische, in 2,4% Kalk- und in nur 1,2% sarkomatöse Degeneration vorgefunden. Die Annahme, dass Myom zu Korpuskarzinom prädisponiert, besteht zu Recht. Wenn ein Myom in irgendwelcher Weise Komplikationen hervorruft, soll es sofort entfernt werden und es darf nicht gewartet werden, bis die Menopause eintritt, denn die Komplikationen werden nach Eintritt derselben eher grösser. Die Röntgentherapie ist für tiefsitzende Tumoren effektlos. Die Operation hat jetzt eine Mortalität von $^1/_{10}$%.)

36. Delaunay, E., Fibromes multiples et cancer utérin. Soc. des chir. de Paris. Séance du 12 Déc. Ref. La Presse méd. Nr. 105. 27 Déc. p. 1062. Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. 1914. Tome 9. Nr. 3. p. 208. (Kasuistisch. Bei der abdominalen Entfernung wegen multipler Myome riss der Uterus an der Stelle des Ost. internum ein. Es fand sich hier ein umschriebenes Karzinom der Cervix. Verf. machte schon früher nie eine subtotale, sondern prinzipiell immer die totale Exstirpation des Uterus.)

37. Delcourt, A., Fibromes utérins. Le Scalpel et Liège méd. 1912. Tome 65. Nr. 4.

38. Delmas, P., Volumineux fibrome cervico-utérin à séméiologie primitivement vésicale. Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. Année VIII. Nr. 2. p. 96—99. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 20. p. 747. (2200 g schweres, 25 cm in der Länge und 16 cm in der Breite messendes Fibrom. Anfangs hatte es die Urethra komprimiert, wodurch es zur Retention kam. Später war eine Verlängerung der Harnröhre durch Einbeziehung der Blase zustande gekommen.)

39. Diamand, Schleimige Entartung eines grossen Uterusfibroms. Lwowski Tygodnik Lekarski. Nr. 22. p. 395. (Polnisch.) (v. Neugebauer.)

40. Dicke, Myom der Vagina. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 15. p. 540—541.

41. Dietrich, A., Über ein Fibroxanthosarkom mit eigenartiger Ausbreitung und eine Vena cava sup. sin. bei dem gleichen Falle. Virchows Arch. Bd. 212. Heft 1. p. 119. (Siehe unter „Sarkome".)

42. *Domaschewitsch, A. S., Zur Blutstillung bei Myomen. Geb.-gyn. Sekt. d. XII. Pirogowschen Kongr. russ. Ärzte in Petersburg, 29. Mai bis 5. Juni. Ref. Wratsch. Gaz. Nr. 24. (Täglich wiederholte intrauterine Injektionen mit 90° denaturiertem Spiritus. Maximum 30 mal. Schmerzen und Komplikationen wurden nicht beobachtet. Die Blutung sistiert gewöhnlich im Laufe von drei Monaten bis drei Jahren. Die Injektionen können nicht die Operation ersetzen in Fällen, wo schnelle und radikale Heilung nötig ist, müssen aber bei allen schwachen Kranken als Vorbereitung zur Operation angewendet werden. Erfahrung an 45 Fällen gut.)

43. Dreyzehner, K. F., Myom und Sarkom. Ärztl. Bezirksverein zu Zittau. Sitzg. vom 6. März. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 17. p. 800. (Demonstration eines mannskopfgrossen Uterusmyoms. In der Uterushöhle fand sich ein grosser sarkomatöser Polyp, der breitbasig im Fundus inseriert zur Cervix heraustrat. Demonstration eines kindskopfgrossen myomatösen, per laparotomiam gewonnenen Uterus.)

44. Duvergey, J., La phlébite dans l'évolution des fibromes de l'utérus. Revue de chir. Tome 33. Nr. 1. p. 26—36. (In Duvergeys Material von 270 Fällen 5 mal, d. h. in 1,6%, postoperative Phlebitiden natürlich nicht mitgerechnet. Meist ist die V. iliaca ext. das betroffene Gefäss; es kann aber auch die V. iliaca int. oder die V. iliaca comm. sein. Die Entstehung der Phlebitis ist auf Kompression und Infektion zurückzuführen. Diagnostisch können unter Umständen Phlebektasien an den Beinen verwertet werden, ja diese können erst auf das Vorhandensein eines Uterusfibroms hinweisen. Prognostisch ist besonders das Vorkommen von Embolien zu fürchten, wenn die mit Phlebitis komplizierten Fibrome operativ entfernt werden. Ein Fall Duvergeys verlief aber auch ohne Operation durch Embolie tödlich.)

45. Falgowski, W., Über konservative Tendenz bei der Operation des Uterusmyoms. 85. Versamml. deutsch. Naturf. u. Ärzte in Wien, 21.—27. Sept. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 42. p. 2371. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 43. p. 2125. Wiener med. Wochenschr. Nr. 45. p. 2922. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 45. p. 1873. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 47. p. 2211. (Die konservativ-operative Behandlung der Uterusmyome stellt, nach Falgowskis Fällen zu urteilen, bei 0 Mortalität und 0 Morbidität die ovarielle Funktion und eine teilweise oder völlige Menstruation sicher. Demgegenüber ist die Röntgentherapie langwierig, quälend und teuer. Von 78 Fällen starb keiner. Bei 28 älteren Frauen Totalexstirpation, ebenso bei sieben Frauen im Alter von 37—45 Jahren — wegen schwerer Veränderung des ganzen Uterus. Bei drei jüngeren Frauen zwecks Sterilisation aus inneren Gründen supravaginale Amputation. Der Rest von 40 Kranken unter 37 Jahren wurde konservativ mit dem Erfolge operiert, dass 21 nach der Operation richtig menstruierten. Sexuelle Vollwertigkeit. Von den 40 konservativ Operierten waren 29 laparotomiert, von 38 radikal Behandelten 12 von oben, die übrigen durch die Scheide operiert worden. Falgowski erhält die Cervix immer, wenn möglich; Furcht vor späterem Portiokarzinom ist kein logischer Grund zur Mitentfernung. Das Wesentliche der konservativen Operation besteht darin, möglichst glatte Wundverhältnisse zu schaffen.)

46. Fenwick, B., Uterine fibroids. With analysis of 600 laparotomies. 2 Edition; Bale, Sons & Danielsson, Ltd.

47. Ferguson, J., Haig, 1. Fibroid of the uterus filling up the pelvis and distending the bladder. 2. Fibroid of the uterus which had undergone calcareous degeneration, removed from a patient aged 60. Edinb. Obst. Soc. Meeting on Febr. 12. Ref. Transact. of the Edinb. Obst. Soc. Vol. 38. p. 136. (Kasuistische Fälle.)

48. — — A specimen of a huge fluctuating fibroid uterus containing a large calculus in its walls. Edinb. Obst. Soc. Meeting at May 14. Ref. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 23. Nr. 6. p. 435.

49. Fleischmann, K., Beitrag zur operativen Myombehandlung. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 12. p. 445—447. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 14. p. 670. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 15. p. 696. (Verf. berechnet auf 293 Operationen (1907—1912) eine Mortalitätszahl von 1,7 (Spitalpraxis 2) %, für die abdominelle Totalexstirpation

5,2%, für die supravaginale Amputation 0,73 (Spitalpraxis 0,9) %, für die abdominale konservative Myomoperation 6,2%, für die vaginalen Operationen 0%. Die günstigen Resultate beruhen nicht auf einer besonderen Auswahl der zu operierenden Fälle. Statistische und technische Angaben, die Todesfälle und die mit Schwangerschaft verbundenen Fälle werden näher erwähnt. Die Röntgenbehandlung bei Myomen beurteilt Verf. im allgemeinen günstig. Indikationsstellung zu derselben und Kontraindikationen. Die Möglichkeit muss bestehen, dass noch eine oder mehrere Blutungen ertragen werden.)

50. Frankl, O., Zystisches Myom. Geb.-gyn. Ges. in Wien. Sitzg. vom 10. Dez. 1912. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 24. p. 909. (Diskussion Schottländer.)

51. Freund, H., Partielle Myomoperationen. XV. Versamml. d. deutsch. Ges. f. Gyn. (14.—17. Mai) zu Halle a. S. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 26. p. 1457. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 27. p. 1343. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 30. p. 1419. Als Original erschienen i. d. Deutschen med. Wochenschr. Nr. 36. p. 1722—1723. Ref. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 41. p. 1668. (Bei jüngeren Frauen, bis nahe an die Menopause, kann man öfter während Myomoperationen gesundes Uterus- und Ovarialgewebe und somit die Menstruation erhalten. Das ist ein Vorteil vor der Röntgentherapie. Um aber Übersehen von kleinen Myomen und Residuen zu vermeiden, führt Freund eine totale Keilresektion des Uterus aus. Dieselbe besteht im Ausschneiden einer „Melonenscheibe“, deren Breite und Länge sich nach den zu entfernenden Myomen richtet. Seltener gelingt es, bei einem isolierten Fundusmyom eine Abkappung des Uterus auszuführen: Zirkumzision des Fundus, Abtragen, Wiedervereinigen. Form, Konsistenz und Funktion des Uterus stellten sich schnell wieder her. Blutung gering. Bei günstigen Verhältnissen sind die Operationen auch vaginal ausführbar.)

52. — Zur Ätiologie der Uterusmyome. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 74. Heft 1. p. 75. Ref. La semaine méd. 1914. Nr. 5. p. 56. (Untersuchungen an 200 Myomfällen. Nicht nur Adenomyome, sondern auch gewöhnliche Kugelmyome können sich aus epithelialen Keimversprengungen entwickeln. Die epithelialen Elemente können unter dem Wachstum und Druck des Tumors zugrunde gehen, so dass bei der mikroskopischen Untersuchung von ihnen nichts mehr zu bemerken ist. Disponiert zu Myom- und zu Tumorbildung überhaupt sind mangelhaft gebildete und entwickelte Uteri, besonders der Uterus duplex, der ausserdem häufiger vorzukommen scheint als bisher angenommen wurde. Die gleiche Disposition ist bei allgemeinen Konstitutionsanomalien, Chlorose, Hämophilie, angeborener Rachitis oder Tuberkulose gegeben, unter denen dem Infantilismus die grösste Bedeutung zuzuschreiben ist.)

53. Friedrich, Demonstration einiger interessanter Myome. Gyn. Ges. zu Breslau. Sitzg. vom 29. April. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Heft 1. p. 115. (1. Patientin mit Struma und Myom mit eigentümlicher Kapsel, die von dem Myom durch einen schmalen, verkalkten Streifen getrennt ist. 2. Ein von der Cervix ausgehendes und ins Ligamentum cardinale entwickeltes Myom, das allmählich ins Parametrium geboren wurde, so dass es schliesslich mit der Cervix gar keinen Zusammenhang mehr hatte.)

54. Fries, H., Serumfermentreaktion nach Abderhalden bei Tumoren. Greifswalder med. Verein. Sitzg. vom 25. Jan. (Siehe unter „Karzinom“.)

55. Fuster, Fibrome utéro-ovarien de 5 kilogs. Hystérectomie subtotale. Adhérences très vasculaires. Difficultés opératoires considérables. Guérison rapide et reconnue parfaite de visu 3 ans après. Réunion obst. et gyn, d'Alger. Séance du 15 Févr. Ref. Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. 2 Année. Nr. 3. Mars. p. 180—184. (Ausführliche Mitteilung der Krankengeschichte und des Operationsberichtes. Diskussion: Goinard, Rouvier.)

56. Germann, Mammin-Poehl bei Metritis, Fibromyom und Adenom der Gebärmutter. Wratsch. Gaz. Nr. 57. (Germann hat vier Adenome, 11 Fibromyome und zwei Fälle von Metritis mit Mammin-Poehl behandelt. In neun Fällen von Myom trat volle Genesung ein, in zwei Besserung. Die vier mikroskopisch kontrollierten Fälle von Adenom wiesen subjektive und objektive Heilung auf. Germann meint, dass, falls keine Indikationen zu sofortigem Operieren vorliegen, jedes Fibrom und Adenom, welches nicht maligne degeneriert ist, mit Mammin behandelt werden muss, und zwar mit grossen Dosen und anhaltend. Vorzuziehen sind subkutane Injektionen, weil sie bei weitem energischer und schneller wirken. Ein nicht verschlepptes Fibrom resp. Adenom sollte überhaupt nicht operiert werden.) (H. Jentter.)

57. Giles, A. E., Reasons for early operation on uterine fibroids. The Brit. med. Assoc. Meeting at Brighton on July 25. Ref. The Lancet. Nr. 4692. August 2. p. 303—304. The Brit. med. Journ. Nr. 2744. August 2. p. 249. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 35. p. 1969. Ausführlich mitgeteilt in The Brit. med. Journ. Nr. 2755. Oct. 18. p. 996 bis 1000. (Nach der Menopause verschwinden nicht alle Symptome: Schmerzen und Druckerscheinungen bleiben, die Tumoren nehmen nicht immer an Grösse ab. In seinen 575 Laparotomien wegen Myom war in 18% der Fälle die Operation noch in der Menopause indiziert gewesen. Frühes Operieren erlaubt oft eine Myomektomie, während nach langem Abwarten meist Hysterektomie gemacht werden muss. In seinen Fällen konnte bei 46% der Frauen unter 30 Jahren und nur bei 7,7% von denen über 50 Jahre die Myomektomie gemacht werden. In vielen Fällen sind Myome von malignen Veränderungen kompliziert — in 40% der Fälle über 50 Jahre — deren Diagnose oft nicht gestellt werden kann. Die Myomoperationen haben nur noch eine geringe Mortalität: in seinen eigenen Fällen 2,7%.)

58. Glinski, L. K., Demonstration eines Uterus mit Karzinom, Myom und Sarkom zugleich. Krakauer ärztl. Ges. Przeglad Lek. Nr. 3. p. 53. (Polnisch.) (v. Neugebauer.)

59. Goullioud, P. E., Volumineux fibromes calcifiés. Soc. de chir. de Lyon. Séance du 24 Avril. Ref. La Gyn. Nr. 6. p. 364. (Kasuistisch. Diskussion mit Pollosson und Bérard über die Ursache der Verkalkung.)

60. Gross, Demonstration mehrerer Uterusmyome. Verein deutsch. Ärzte in Prag. Sitzg. vom 12. Dez. Ref. Münchn. med. Wochenschr. 1914. Nr. 1. p. 49. Berl. klin. Wochenschrift. 1914. Nr. 3. p. 142. Wiener klin. Wochenschr. 1914. Nr. 3. p. 66. (1. Übermannskopfgrosses, intraligamentär entwickeltes Myom einer 36 jährigen Patientin, das von der Seitenkante des sonst unveränderten Uterus ausgegangen war und leicht ausgeschält und im daumendicken Stiel abgetragen werden konnte; b) faustgrosser, von zahllosen erbsengrossen Myomen durchsetzter Uterus, der wegen schwerer Blutung entfernt werden musste; c) supravaginal amputierter Uterus einer 41 jährigen Frau mit einem kindskopfgrossen submukösen Myom, an dessen Oberfläche die gitterförmige Rarefikation der Mukosa als Zeichen des beginnenden Durchbruchs zu sehen ist. Hinweis auf die diagnostisch und therapeutisch wichtige Untersuchung während der Menstruation, die bei offener Cervix die untere Kuppe des Tumors tasten liess, während sonst die Cervix geschlossen war.)

61. Gussakow, L. A., Zur zystischen Degeneration des Uterusmyoms. (Myoma cysticum degenerativum.) Journ. akusch. i shensk. bol. Mai-Juni. (Die 39 jährige fiebernde, ausgeblutete und stark herabgekommene Patientin hatte einen Uterustumor von der Grösse einer 4—5 monatlichen Schwangerschaft. Supravaginale Amputation. Heilung. Das Präparat besteht aus mehreren ungleichen, mit opaleszierendem Liquor gefüllten Hohlräumen. Der Tumor wächst exzentrisch und liegt der rechten Uteruswand an. Die sehr eingehende mikroskopische Untersuchung des Tumors gestattet denselben als Kystomyoma degenerativum zu erkennen (erste Kategorie nach Aulhorn). Ätiologie unklar. Auf den Allgemeinzustand hatte die zystische Degeneration keinerlei Einfluss. Die tastbaren zystischen Gebilde können als Eierstockzysten imponieren.) (H. Jentter.)

62. Hall, R. B., Einige Gründe, die die Frühoperation bei Uterusmyom ratsam erscheinen lassen. 25. Versamml. d. Amer. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Toledo. 1912. 17.—19. Sept. Ref. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. 1912. Dec. Jan., Febr. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 33. p. 1240. (1. Herzsymptome; 2. die Möglichkeit sekundärer Veränderungen in dem Tumor; 3. Pyosalpinx und Ovarialabszess; 4. Ovarialhämatom mit Infektion des Inhalts; 5. Torsion des Uterus. Die Häufigkeit der malignen Degeneration wird auf Grund von 5000 Fällen mit 3—8%, der Herzstörungen mit 20%, Pyosalpinx und Ovarialabszess mit 15% angegeben. Schliesslich sind auch noch Nekrosen, Vereiterung, Verkalkung, zystische Degeneration, Druck auf die Ureteren mit sekundären Nierenveränderungen bei intraligamentärer Entwickelung zu berücksichtigen.)

63. Hamm, P., Operationstechnische Betrachtungen über vaginale Myomoperationen auf Grund von 374 Fällen vaginaler Myomoperationen. Diss. Berlin. Febr.

64. Handfield-Jones, M., Two cases of fibro-myoma of the uterus undergoing sarcomatous degeneration. Proc. of the Royal. Soc. of Med. Nr. 7. May. p. 219—223.

65. Hansen, P. N., Om maligne Svulster i Stumpen efter supravaginal Amputation af Uterus for Fibromer. (Über maligne Geschwülste im Stumpf nach supravaginaler

Amputation des Uterus wegen Fibrom.) Dänisch kirurg. Ges. 14. Dez. 1912. Ref. Hospitalstidende, Kopenhagen, p. 1441—1446. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 17. p. 610—613. Ref. La Gyn. Nr. 3. p. 185—186. (Drei Fälle supravaginaler Amputation, wo sich im Stumpf einmal ein Karzinom und zweimal ein Sarkom entwickelt hatte. Man soll diese Operation ganz verlassen und stets die Totalexstirpation vornehmen.) (O. Horn.)

67. Hartmann, K., Supravaginale Amputation eines myomatösen Uterus. Niederrhein.-westf. Ges. f. Geb. u. Gyn. Sitzg. vom 3. Dez. 1911. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Erg.-Heft. p. 349. (Ein mit mehreren eitrig eingeschmolzenen Myomen durchsetzter Uterus von über Mannskopfgrösse.)

68. Haultain, F. W. N., Some rare uterine new-growths. Simple papilloma of corpus uteri, primary tubercle of cervix, diffuse nodular fibrosis. Edinb. Obst. Soc. Meeting on March 12. Ref. The Brit. med. Journ. Nr. 2726. March 29. p. 664. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 23. Nr. 4. p. 262. Als Original erschienen in Edinb. med. Journ. Vol. 11. Nr. 3. Sept. p. 230—233 (mit einem bunten makroskopischen und drei mikroskopischen Bildern.) (Im ersten Falle traten zwei Jahre nach der Menopause leichte Blutungen auf. Bei der Curettage fanden sich leichte papillomatöse Veränderungen der Schleimhaut. Weil die Blutungen anhielten, wurde der Uterus exstirpiert, jedoch nur diffuse Hypertrophie der Schleimhaut nachgewiesen, keine malignen Veränderungen. Im zweiten Falle hatte eine 35jährige Virgo ein tuberkulöses Geschwür der Cervix. Diese wurde exstirpiert und Patientin ist jetzt, 16 Jahre später, noch gesund. Die dritte Patientin litt an so heftiger Dysmenorrhoe, dass ihr der Uterus entfernt werden musste; derselbe war von einer grossen Anzahl fibröser Knoten durchsetzt.)

69. Healy, W. P., Fibromyoma uteri. New York. med. Journ. Vol. 97. Nr. 18. p. 922. (Bei Frauen über 35 Jahre wurden in 14—20% der Fälle post mortem Myome festgestellt. Sterilität in 30% vorhanden. Herzgeräusche sind bei Myom viermal so häufig wie bei nicht myomkranken Patienten. Karzinom des Corpus uteri ist unter 1000 Myomfällen zwölfmal, Karzinom der Cervix 17 mal beobachtet. Es soll, wenn das Myom Operation bedarf, möglichst die Enukleation vorgenommen werden, andernfalls Amputatio uteri mit Exzision der Cervikalschleimhaut; bei Verdacht auf Malignität natürlich Totalexstirpation.)

70. Hellier, J. B., and M. J. Stewart, On a case of adenomyoma uteri. The Lancet. Nr. 4665. Jan. 25. p. 230—231. (Kasuistisch; mit einer makroskopischen und zwei mikroskopischen Abbildungen.)

71. Henkel, M., Subseröses Myom mit Aszites. Naturwiss.-med. Ges. zu Jena. Sitzg. vom 30. Jan. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 11. p. 613. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 8. p. 375. (42jährige Frau, bei der sich in drei Wochen ein sehr grosser Aszites gebildet hatte. Totalexstirpation. Heilung. Vortragender erklärt das Auftreten des Aszites bei dem gutartigen, aber gestielten Uterusmyom dadurch, dass das Peritoneum dadurch gereizt und die Lymphgefässstigmata so verlegt würden. Infolge Behinderung der Resorption soll sich der Aszites entwickelt haben.)

72. Herz, M., Kropfherz, Myomherz, Klimakterium. Wiener med. Wochenschr. Nr. 22. p. 1355—1364. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 23. p. 1115.

73. Herzberg, Die Abderhaldensche Fermentreaktion bei einem Myom und bei Schwangeren. Med. Sekt. d. schles. Ges. f. vaterl. Kultur. Sitzg. vom 14. März. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 28. p. 1386. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 18. p. 849. (29jährige IIpara. Letzter Partus 1909. Menstruation nie ausgeblieben. Seit drei Monaten bemerkt die Frau ein Stärkerwerden des Leibes. Die Differentialdiagnose schwankt nach Berücksichtigung aller Momente zwischen Myom und Gravidität von etwa 20 Wochen. Abderhalden positiv. Die klinische Beobachtung spricht dann doch für Myom, so dass laparotomiert wird. Es handelt sich um ein ganz erweichtes Myom. Übrigens war noch bei zwei anderen nicht graviden Frauen die Reaktion positiv, bei neun weiteren, die in der 6.—8. Woche schwanger waren, negativ. In 24 Fällen stimmte der klinische Befund mit der Reaktion überein; auch zwei Tubargraviditäten gaben positives Resultat.)

74. Hoffmann, J., Die Physiotherapie der Gebärmutterfibromyome. Gyógyászat. 1912. Nr. 32. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 32. p. 1208. (Kritisches Übersichtsreferat.)

75. Horne, A. J., Myomatous uterus. Royal Acad. of Med. in Ireland. Sect. of Obst. Meeting of Dec. 13. 1912. Ref. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 23.

Nr. 3. March. p. 189. The Lancet. Nr. 4663. Jan 11. p. 101. Transact. of the Royal Acad. of Med. in Ireland. Vol. 31. p. 392—393. (Die Vergrösserung des Uterus hat seit vier Jahren bestanden, ist in letzter Zeit rapid gewachsen. Menstruation blieb normal. Bei Eröffnung der Bauchhöhle bekam man den Eindruck eines graviden Uterus mit starker Gefässentwickelung. Es traten aber keine Kontraktionen ein. Beim Aufschneiden zeigte sich der Tumor als Myom. Diskussion: Smith will warme feuchte Tücher auflegen, um Uteruskontraktionen anzuregen. Purefoy hätte die Gefässentwickelung ebenfalls für ein Zeichen des Gravidseins des Uterus gehalten.)

76. Ill, E. J., Cancer of the uterus and fibroid tumors from a clinical standpoint. Amer. Assoc. of Obst. and Gyn. Meeting at Providence, on Sept. 16—18. Ref. The Journ. of the Amer. med. Assoc. Vol. 61. Nr. 14. Oct. 4. p. 1323. The Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 68. Nr. 431. Nov. p. 922—924. (Verf. leugnet den Zusammenhang zwischen Myom und Karzinom des Uterus. Unter 443 von ihm operierten Myomen war kein einziges, das maligne Degeneration zeigte; unter 175 operierten Karzinomen hatten nur fünf Myome im Uterus und diese hingen nicht mit dem Karzinom zusammen. Die Sektionsprotokolle zeigen, dass 4—8% der Frauen über 30 Jahre Myome im Uterus haben. Diskussion: H. E. Hayd, K. I. Sanes, J. H. Carstens, L. Frank usw., die alle das Vorkommen von maligner Degeneration von Myomen betonen.)

77. Jacobovici, Myohisteropexia. Revista de chir. Tome 1. Nr. 1. p. 40.

78. Jacobs, Ch., Fibrome utérin interstitiel et cancer du col. Soc. belge de gyn. et d'obst. Séance du 7 Juin. Ref. Bull. de la Soc. belge de gyn. et d'obst. Tome 24. Nr. 3. p. 277. La Gyn. Nr. 10. Oct. p. 624. (Verf. sah wiederholt Kombination von Myom und Karzinom des oberen Teiles der Cervix am selben Uterus. Will man bei Myomen abwarten, bis sie sich in der Menopause spontan zurückbilden, so darf dies nur unter dauernder Kontrolle der Uterusschleimhaut geschehen. Auch in diesem Falle war die Blutung bei der Frau, die in der Menopause war, der Gegenwart des Myoms zugeschrieben worden.)

79. Jacobs, F., Über einige adenomyomatöse Tumoren an den inneren weiblichen Genitalorganen. Hegars Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. 19. Heft 1. p. 143—164. Ref. La sem. méd. 1914. Nr. 15. p. 172. (Genauer mikroskopischer Befund bei drei derartigen Tumoren der Tuben und einer der Scheidenwand. 15 Abbildungen mikroskopischer Präparate. Grosses Literaturverzeichnis.)

80. Jayle, F., Résection segmentaire transversale de la partie moyenne de la cavité utérine. 26 Congr. de l'Assoc. franç. de chir. Séance à Paris. 6—11 Oct. Ref. La Presse méd. Nr. 83. p. 834. (Wegen eines grossen Myoms musste bei einer jungen Frau ein etwa $2^1/_2$ cm breiter Streifen von der Uterushöhle entfernt werden, so dass die beiden Hälften ganz voneinander getrennt waren und nur noch durch die Muskulatur der vorderen Wand des Uterus zusammenhingen. Die Stücke wurden wieder vereinigt und Patientin heilte ungestört. Sie befindet sich jetzt nach sieben Jahren noch immer wohl, die Regel tritt regelmässig ein, ohne Schmerzen und nicht zu stark.)

81. Jellett, H., Demonstration of an enormous submucous myoma removed by myomectomy. Sect. of Obst. of the Royal. Acad. of Med. in Ireland. Meeting on Nov. 7. Ref. The Lancet. Nr. 4712. Dec. 20. p. 1771. (Die 30jährige Patientin war seit drei Monaten verheiratet und noch nie schwanger. Der Tumor war vor $1^1/_2$ Jahren noch apfelsinengross.)

82. Jung, P., Erfahrungen über die vaginale Korpusamputation nach Rieck. Gyn. Helvetica. 13. Jahrg. Herbstausgabe. p. 295—297. (Gute Erfahrungen an 26 eigenen Fällen, von denen sieben mit Descensus uteri et prolapsus vaginae und vier mit Gravidität in den ersten Wochen (bei bestehender Lungentuberkulose) kombiniert waren. Es besteht die Möglichkeit fast vollkommen extraperitonealen Vorgehens und damit Wegfallen des Schocks.)

83. Kaarsberg, Om maligne Svulster i Stumpen efter supravaginal Amputation af Uterus for Fibromer. (Über maligne Geschwülste im Stumpf nach supravaginaler Amputation des Uterus wegen Fibromen.) (Disk.) Dänische kirurg. Ges. 14. Dez. 1912. Ref. Hospitalstidende. Kopenhagen. p. 1473. (O. Horn.)

84. Kamata, Y., Ein Fall von Uterusmyom, kombiniert mit Karzinom der Cervix. The Sei i Kivai Med. Journ. 1912. Bd. 31. Nr. 9.

85. Kayser, F., Kombinationsgeschwulst des weiblichen Genitaltrakts. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Köln. Sitzg. vom 4. Dez. 1912. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Erg.-Heft. p. 333. (39jährige Nullipara; peritonitische Erscheinungen; Anurie; zwei

Querfinger über den Nabel reichender, das Becken ausfüllender weicher, äusserst schmerzhafter Tumor. Laparotomie. Multiple kleinapfelgrosse Kugelmyome, einen faustgrossen Abszess in der linken Uteruswand, ein kindskopfgrosses, zystisch erweichtes Myom in der rechten Uteruswand, eine linksseitige, fest mit dem Uterus verwachsene apfelgrosse Ovarialzyste, eine rechtsseitige faustgrosse, retroperitoneale Dermoidzyste. Heilung.)

86. King, W. W., A case of uterine myoma undergoing sarcomatous degeneration. North of England Obst. and Gyn. Soc. Meeting in Leeds on April 18. Ref. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 23. Nr. 6. p. 428—429. (Kasuistisch. 69jährige Frau, die seit zehn Jahren unregelmässig blutete, ohne je eine richtige Menopause durchgemacht zu haben. Es entsteht eine Diskussion darüber, ob man abdominal oder vaginal operieren soll, totale Hysterektomie machen oder supravaginale Amputation: Hellier, Leith Murray, Fothergill, Phillips.)

87. Kleinmann, Zur Myomotomie. Sitzungsber. der geb.-gyn. Ges. zu Kiew. Wratsch. Gaz. Nr. 36. (Operative Behandlung verlangen blutende Myome, ferner die Komplikation mit Infektion seitens des Uteruskavums, mit Adnexerkrankung, Appendizitis. Bei ausgebluteten Kranken ist gute Narkose für den Erfolg ausschlaggebend; die beste Narkose ist Pantopon-Skopolamin-Äther-Narkose. Idealmethode ist die konservative Myomotomie; sie soll aber nur bei jungen Frauen ausgeführt werden. Rezidive sind häufig. Bei alten Frauen ist diese Operation zu vermeiden. Nur in 17 von 143 Fällen des Verf. wurde konservativ vorgegangen. Von den Radikalmethoden ist die vaginale die beste. Das Morcellement erlaubt sogar, Myome zu entfernen von der Grösse einer 4½ monatlichen Schwangerschaft. Infizierte Myome werden vaginal operiert. Vaginal hat Verf. 16 mal operiert. Verf. zieht die Totalexstirpation der supravaginalen Amputation vor (besserer Verlauf der Nachoperationsperiode, keine Temperaturerhöhungen). Die Eierstöcke werden prinzipiell belassen, falls sie normal befunden werden.) (H. Jentter.)

88. Krakowski, Demonstration von zwei mit Faszienquerschnitt von Slawinski operierten Uterusfibromen. Przeglad chir. i gin. Bd. 9. Heft 1. p. 108—109. (Polnisch.) (Folgt lebhafte Diskussion für und wider, bei der schliesslich Individualisieren verlangt wird.) (v. Neugebauer.)

89. Kubinyi, P. v., Operationsmethoden zur Ausführung schwerer abdominaler Hysterektomien. Tauffers Abh. a. d. Geb. d. Geb. u. Gyn. Bd. 1. Nr. 2. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 20. p. 963. (Technik der Ausführung der Hysterektomie je nach dem Zustande des Uterus und seiner Anhänge. Verfahren nach Chrobak, Faure, Doyen, Kelly, Segond, Tierrier usw.)

90. — Sarcoma uteri. Gyn. Ges. in Budapest. Sitzg. vom 22. April. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 32. p. 1201. (Patientin hatte die Geschwulst seit 23 Jahren herumgetragen und starb schliesslich in ausgesprochener Kachexie an Lebermetastasen. Am Uterus rechts vorne ein grosses gestieltes, subseröses Myom, links vorne ein kleineres. Das grössere zeigt mikroskopisch ein polymorphzelliges Sarkom mit vielen Riesenzellen; stellenweise Spindelzellen; zahlreiche Blutungen und Nekrosen. Die Umwandlung der so lange gutartigen Geschwulst erfolgte im Klimakterium plötzlich, und der weitere Verlauf glich einer akuten Erkrankung. Diskussion: Tauffer weist auf einen vor Jahren von Veit angegebenen Symptomenkomplex hin, der auf sarkomatöse Degeneration eines Myoms deutet.)

91. Küstner, O., Ein nekrotischer, überfaustgrosser Tumor, welcher breitgestielt in der Gegend des Nabels sass. XV. Versamml. d. deutsch. Ges. f. Gyn. (14.—17. Mai) zu Halle a. S. Gyn. Ges. in Breslau. Sitzg. vom 21. Jan. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 29. p. 1378. Gyn. Rundschau. Heft 13. p. 501. Monatsschr. f. Geb u. Gyn. Bd. 37. Heft 4. p. 511. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 19. p. 684. (Abtragung der Geschwulst mit dem Paquelin. Der Stiel zeigt fibrösen, zum geringsten Teil häutigen Charakter. Das überreiche Kontingent, welches glatte Muskulatur stellt und der Umstand, dass die linke Kante des Uterus unmittelbar dahinter fest adhärent ist, lassen an die Möglichkeit denken, dass die Geschwulst ein subseröses Myom ist, welches vielleicht stieltorquiert adhärent wurde und dann die Bauchdecken in der Nabelgegend durchbrach. Möglich aber handelt es sich auch um einen desmoiden Bauchdeckentumor. Bondy demonstriert Bakterienfärbung von Schnittpräparaten dieses Tumors. Es sind Streptokokken in grossen Mengen in Lymphspalten von der nekrotischen Oberfläche bis tief ins Gewebe eingedrungen und zum Teil embolisch verschleppt. Die Anschauung von einer „Saprämie“ bei nekrotischem Myom ist unhaltbar.)

92. Küstner, O„ Myomatöser Uterus eigentümlicher Konfiguration. XV. Versamml. d. deutsch. Ges. f. Gyn. (14.—17. Mai) zu Halle a. S. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 26. p. 1287. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 29. p. 1378. Gyn. Rundschau. Heft 13. p. 500. (Der Uterus ist nahezu mannskopfgross und stellt ein in seinen normalen Proportionen vergrössertes Organ dar, dessen Wände aus hartem Myomgewebe bestehen. Die Myommasse selbst setzt sich aus einer ausserordentlich grossen Zahl einzelner Myomknoten, Myomzentren zusammen. Der Tumor entstammt einem Repräsentanten von Pseudohermaphroditismus femininus externus.)

93. Ladinski, L. J., Adenosarkom der Cervix nach supravaginaler Amputation wegen Uterusmyom. Med. Record. Febr. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 20. p. 747. (Sechs Monate nach der supravaginalen Amputation Relaparotomie wegen eines orangegrossen Tumors, der heftige Blasen- und Darmbeschwerden machte. Der Tumor, der mit Blase, Darm und Netz, das schon karzinomatös verändert war, Verwachsungen zeigte, wurde histologisch als papilläres Adenokarzinom erkannt, ausgehend von dem Cervixstumpf. Heilung und seit zwei Jahren rezidivfrei.)

94. Lamacchia, Über einen Fall von Adenomyoma uteri. (Italienisch.) Arch. di ost. e gin. Vol. 3. (Kasuistisch.)

95. Larin, Neue Methoden der Behandlung des Uterusfibromyoms. Journ. f. Med., Chemie u. Organotherapie. Nr. 39. (Russisch.) (Larin berichtet über acht eigene Fälle, bringt die ganze diesbezügliche Literatur und kommt zu folgenden Schlüssen (in Kürze): Jedes Fibrom, falls nicht Indikationen zu sofortiger Operation vorliegen, kann und muss mit Mammin-Poehl behandelt werden. Bleibt der Erfolg nach 2—3-monatlicher Behandlung aus, so muss operiert werden. Mammin ist vollkommen unschädlich. Seine Wirkung äussert sich darin, dass die Myome kleiner werden resp. schwinden, die Blutungen sistieren, Schmerzen und Ausfluss geringer werden, die Menstruation regelmässig wird, die Zahl der Erythrozyten steigt und der Allgemeinzustand gehoben wird. Die besten Resultate sind zu verzeichnen bei Myomen von der Grösse einer 4—5 monatlichen Schwangerschaft. Subkutane Injektionen von Mammin sind wirksamer als Mammin bei internem Gebrauch. Dosis 2,0—3,0 pro die. Während der Menstruation und im Wochenbett ist die Dosis zu erhöhen, weil zu dieser Zeit die Wirkung besonders energisch ist.) (H. Jentter.)

96. Latzko, W., Fall von Abszessen in einem Myom. Geb.-gyn. Ges. in Wien. Sitzg. vom 11. Febr. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 35. p. 1300—1302. (Kasuistisch. In den Abszessen wurden weder durch Züchtung, noch durch Färbung Mikroorganismen nachgewiesen. Jedoch wurden auf der Korpusschleimhaut des seit Jahren nicht puerperalen, instrumentell vorher nicht berührten Uterus Streptokokken gefunden. Die Annahme einer Einwanderung von Keimen in dem Myom vom Darm aus hält Vortragender in diesem Falle nicht für berechtigt. So wäre wohl am ehesten auf die vor zwei Jahren überstandene Angina als Ursache der Abszessbildung zurückzugreifen. Die Frage, ob die Ansiedelung der Eitererreger direkt in den vielleicht schon damals schlecht genährten Myomknollen auf dem Wege einer Bakteriämie zustande kam, oder ob hier die Ansiedelung von Streptokokken im Endometrium eine vermittelnde Rolle gespielt hat, lässt sich vorderhand nicht beantworten.)

97. Lea, A. W. W., A case of panhysterectomy for interligamentous myoma. North of England Obst. and Gyn. Soc. Meeting on March 14. Ref. The Brit. med. Journ. Nr. 2727. April 5. p. 717. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 23. Nr. 5. May. p. 340. (Kasuistisch. 40jährige Virgo. Tumor ist in zwei Jahren bis zur Grösse einer Schwangerschaft im achten Monat gewachsen. Es bestanden zahlreiche Adhäsionen mit dem Darm und dem Omentum. Man konnte den rechten Ureter unter dem Peritoneum, das den Tumor bedeckte, verlaufen sehen und derselbe musste abgelöst werden. Heilung.)

98. Leist, C., Behandlung und Prognose verjauchter Myome. Diss. Greifswald. Febr. J. Abel, Greifswald. 31 Seiten.) Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 20. p. 746. (Der Begriff der Verjauchung wird als Mischinfektion von Fäulniserregern mit virulenten pathogenen Keimen definiert. Vorbedingung für den chirurgischen Eingriff ist die Feststellung, ob der Zersetzungsprozess bzw. die Infektion auf den Tumor beschränkt ist, oder auf den Uterus und das Peritoneum übergegriffen hat. Ist letzteres nicht der Fall, so wird die erste Indikation dahin gehen, das faulige Material zu beseitigen und die Blutung zu stillen, wobei wegen der Peritonitisgefahr die Eröffnung des Abdomens nach Möglichkeit zu vermeiden ist. Wenn angängig, ist der vaginale Weg vorzuziehen und falls die Totalexstirpation angeschlossen werden soll, nach Entfernung des fauligen

Materials der Uterus durch Naht zu verschliessen und nach nochmaliger gründlicher Desinfektion die Totalexstirpation ohne Morcellement vorzunehmen.)

99. Lekachowitsch, Ch., Über das gleichzeitige Vorkommen von Myom und Karzinom in utero. Diss. Berlin. August.

100. Leo, A., Demonstration eines über 12 Pfund schweren Uterus myomatosus. Freie Vereinig. mitteldeutsch. Gyn. Sitzg. vom 19. Jan. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 13. p. 467. (Das Präparat wurde durch abdominale Totalexstirpation von einer fast 75jährigen Frau gewonnen, mit gutem Erfolg. Patientin war wegen Myomblutungen vor 32 Jahren erfolgreich kastriert worden, hatte sich wohl gefühlt, bis in den letzten zwei Jahren sich bedenklich steigernde Erscheinungen von Kachexie und Intoxikation zeigten. Das Myom sass submukös und war verjaucht.)

101. Leonard, V. Newton, On the development of malignant disease of the cervical stump after vaginal hysterectomy. Ann. of surg. Vol. 58. Nr. 3. p. 373—383. Ref. The Brit. med. Journ. Nr. 2762. Dec. 6. Ep. of curr. med. litt. p. 79.

102. Lihotzky, Demonstration eines Myosarkoms. Geb.-gyn. Ges. in Wien. Sitzg. vom 14. Jan. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 32. p. 1194. The Brit. med. Journ. Nr. 2759. Nov. 15. Ep. of curr. med. litt. p. 67. (41jährige Patientin, die sechsmal geboren und zweimal abortiert hatte. Klinische Diagnose Myom. Bei der Totalexstirpation fiel schon die mehr graue Farbe, sowie die morschere Konsistenz des Tumors auf. Patientin ist seit sieben Monaten rezidivfrei. Diskussion: Schottländer fand unter seinem Material in $3^1/_2{}^0/_0$ der Myome Sarkombildung.)

103. Lilley, Ch. H., A parasitic uterine fibroid. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 23. Nr. 6. p. 304.

104. Lindqvist, L., Fall von tuberkulöser Degeneration von Uterusadenomyom bei Urogenitaltuberkulose, kombiniert mit Morbus Basedowii. Verhandl. d. obst.-gyn. Sekt. d. Ges. schwed. Ärzte. Stockholm. Hygiea. Nr. 9. (Totalexstirpation von Uterus und Adnexen mit subperitonealer Drainage nach Vagina. Heilung.) (Silas Lindqvist.)

105. Lingen, L. v., Zur Kasuistik der Riesenmyomzysten. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 30. p. 1109—1110. (Verf. entfernte bei einer 55jährigen Frau mittelst supravaginaler Amputation einen zystischen Tumor des Uterus, dessen Gesamtgewicht $45^1/_2$ Pfund betrug. Dieses Zystenmyom gehört zu den grössten der in der Literatur beschriebenen. Die histologische Diagnose lautete auf Cystomyoma teleangiectaticum.)

106. Littlewood, H., and M. J. Stewart, Adenocarcinoma of the body of the uterus in association with adenomyoma diffusum benignum. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 23. Nr. 6. p. 396—401. (Kasuistisch. Die inneren Schichten der Uterusmuskulatur zeigen gelbliche Inseln (diffuses Adenomyom von endometrischem Drüsentypus). Das Endometrium ist bis an den inneren Muttermund fungös verdickt [papilläres Adenokarzinom], Cervixschleimhaut normal.)

107. Lockyer, C., Adenomyoma of the recto-uterine and recto-vaginal septa. Royal Soc. of med. Sect. of Obst. and Gyn. Meeting on Jan. 2. Ref. The Lancet. Nr. 4665. Jan. 25. p. 243. (Kasuistisch. 35jährige, steril verheiratete Frau. Menorrhagien und Schmerzen im Rektum, besonders nachts. Keine Blutung aus dem Rektum. Tumor zwischen Vagina und Cervix einerseits, Rektum andererseits, beiderseits unabhängig von der intakten Schleimhaut. Laparotomie. Der linke Ureter muss aus der Geschwulst auspräpariert werden. Resektion des Rektums im Zusammenhang mit dem Genitalschlauch. Anus praeternaturalis. Abdominale und vaginale Drainage. Heilung. Histologisch war die Geschwulst benign. Vortragender hält den Ausgang der Geschwulst aus Resten des Wolffschen Ganges für möglich. Grosse Seltenheit derartiger Geschwülste des Bindegewebes zwischen Rektum und Genitalapparat.)

108. Löwit, A., Demonstration zweier Uterusmyome, welche durch ein Korpuskarzinom resp. durch Nekrose kompliziert waren. K. k. Ges. d. Ärzte in Wien. Sitzg. vom 4. April. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 16. p. 901. (Die beiden Präparate sollen auf die Schwierigkeit der Abgrenzung der Indikation zwischen radiologischer und operativer Myomtherapie hinweisen.)

109. Malcolm, J. D., Sloughing fibroid with complete inversion of the uterus. Sect. of Obst. and Gyn. of the Royal Soc. of Med. Meeting on Dec. 4. Ref. The Lancet. Nr. 4712. Dec. 20. p. 1766.

110. Mandl, L., Ein Fall von Krukenberg-Tumor, zwei Jahre nach supravaginaler Exstirpation eines myomatösen Uterus. Geb.-gyn. Ges. in Wien. Sitzg. vom 11. März. Ref. Wiener med. Wochenschr. Nr. 32. p. 2001. (Die normales Aussehen bietenden

Ovarien waren damals belassen worden. Der primäre Tumor war ein flaches, infiltrierendes Pyloruskarzinom, das gar keine Beschwerden gemacht hatte. Der Fall beweist, dass man bei nachweisbaren Genitaltumoren und vorhandenen Beschwerden im Verdauungstrakte auch an Magenkarzinome denken soll.)

111. Manton, W. P., The uterine myoma and malignancy. Sect. on Gyn. and Obst. of the Michigan State Med. Soc. Meeting at Flint, Sept. 4—5. The Journ. of the Michigan State Med. Soc. Nov. (In verschiedenen Statistiken wurden unter 3160 Myom-Myomfällen 189 mit malignen Veränderungen des Uterus gefunden, also 5,9%. In myomatösen Uteri kommt Korpuskarzinom viel häufiger wie in sonst normalen Uteri vor. Verf. glaubt deshalb an einen Zusammenhang zwischen diesen beiden Erkrankungen, hält auch die Uterusmyome für nicht gutartige Geschwülste und will sie alle sobald wie möglich aus dem Körper entfernt wissen. Subseröse und kleine intramurale können enukleiert werden, alle die die Schleimhaut berühren, erfordern die Uterusexstirpation. Das Adenoma mucosae uteri ist vielleicht die Vorstufe zu malignen Veränderungen und erfordert also ernste Beachtung. Es wird ein Fall von nachträglicher maligner Veränderung in dem Cervixstumpf nach supravaginaler Hysterektomie ausführlich mitgeteilt.)

112. Marschner, K. F., Zwei Fälle von Uterus myomatosus, die wegen Retentio urinae operiert werden mussten. Gyn. Ges. zu Dresden. Sitzg. vom 27. Nov. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 52. p. 2429. (Der suprasymphysäre Faszienquerschnitt bot in beiden Fällen wegen der geringen Beweglichkeit der Tumoren nicht genügend Raum.)

113. Marshall, G. Balfour, Exhibition of specimens. 1. Uterus with fibroids, the tumours had burrowed into both broad ligaments. 2. Fibroid with double salpingo-oophoritis. Glasgow. Obst. and Gyn. Soc. Meeting on Jan. 29. Ref. The Lancet. Nr. 4670. March 1. p. 616. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 23. Nr. 4. p. 264.

114. Masselot, F., et H. Vignes, Comment il faut surveiller un fibromyome utérin. La Gyn. Nov. p. 649—653.

115. Maugeri, V., Contributo all' isto-patologia della tuba fallopiana nei fibromi dell' utero. Ann. di Ost. e Gin. Nr. 7. Juillet. p. 212—216. (Verf. hat sieben Tuben histologisch untersucht. Auffallende Vermehrung der Sekretionszellen. Ursache der Veränderungen soll in dem Blutandrang nach den inneren Genitalien bei Myom liegen.)

116. Mennerich, O., Zur Wertbeurteilung der Ovarienexstirpation bei Myoma uteri und ihre Beziehung zur Ovarienröntgenisation. Diss. Bonn. Dez.

117. Mériel, E., Tumeurs fibro-kystiques juxta-utérines des deux ligaments larges et myome utérin oedémateux. Soc. d'obst. et de gyn. de Toulouse. Séance du 5 Mars. Ref. Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. 2 Année. Nr. 4. Avril. p. 407—411. (Genaue Beschreibung des pathologisch-anatomischen Präparates mit zwei Abbildungen.)

118. Meyer, Leopold, Om maligne Svulster i Stumpen efter supravaginal Amputation af Uterus for Fibromer. (Über maligne Geschwülste im Stumpf nach supravaginaler Amputation des Uterus wegen Fibromen.) (Disk.) Dän. kirurg. Ges. 14. Dez. 1912. Ref. Hospitalstidende. Kopenhagen. p. 1473—1475. (O. Horn.)

119. Mc Lean, M. H., Study of uterine fibroids. Jowa State Med. Soc. Journ. Vol. 3. Nr. 3. Sept.

120. Miller, J. R., Die Beziehungen zwischen Sarkom und Myom in Rücksicht auf die Röntgentherapie. Strahlentherapie. Bd. 2. Heft 1. p. 256. (Siehe unter „Strahlentherapie der Myome", a) Röntgenstrahlen.)

120a. Montplaisir, Des indications de l'hystérectomie vaginale dans les fibromes de l'utérus. Thèse de Paris. Févr.

121. Müller, Frz. X., Spontanausstossung submuköser Myome. Diss. München. Dez.

122. Nadal, P., Myome calcifié. Mécanisme de la dégénérescence calcaire. Soc. anat. de Paris. Séance du 16 Mai. Ref. La Presse méd. Nr. 43. p. 433. Ann. de gyn. et d'obst. 1914. Tome 11. Mars. p. 169. (Diffuse Verkalkung, an der der Mechanismus dieser Degeneration gut zu sehen ist.)

123. — Polypes du col utérin. Soc. anat. de Paris. Séance du 23 Mai. Ref. La Presse méd. Nr. 44. p. 444. (Man kann in den Präparaten ganz genau den Übergang der sonst meist benignen fibromukösen Polypen in Karzinom beobachten. Die verschiedensten Stadien liegen vor.)

124. Nicolsky, Evolution et complication des fibromyomes utérins. Thèse de Paris. 1912. (134 Myome aus der Klinik Tuffier, von denen 58 kompliziert mit zystischer oder sarkomatöser Degeneration, Verkalkung, Ödem usw. Viermal wurde Zusammen-

treffen mit einem Uteruskarzinom, fünfmal mit einem Neoplasma eines anderen Organs gefunden. In 15 Fällen Salpingitiden, einmal Torsion, dreimal Gangrän und in drei Fällen schwere Herzstörungen. Das mittlere Alter der Frauen war 43 Jahre 6 Monate.)

125. Ogorek, M., Postklimakterisches Myosarkom des Uterus. Arch. f. Gyn. Bd. 99. Heft 1. p. 190. (Siehe unter „Sarkome".)

126. Öhman, K. H., Uterusmyom und Ovarialblutungen. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 42. p. 1566—1569. (Es wurden in acht Fällen von Uterusmyom gleichzeitig Blutungen in den Ovarien beobachtet. Ob letztere in einem kausalen Zusammenhang mit den Myomen stehen, ist noch zweifelhaft. Die Blutungen aus dem Uterus sind nach Öhmans Ansicht Folge einer Kongestion zu den inneren Genitalien, hervorgerufen durch die Myombildung im Uterus.)

127. Oui, O., Fibrome utérin à pédicule tordu, incarcéré dans l'excavation pelvienne. Myomectomie. Guérison. Réunion obst. et gyn. de Lille. Séance du 26 Févr. Ref. Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. 2 Année. Nr. 5. p. 464—465. Revue de gyn. et de chir. abd. Tome 21. Nr. 2. p. 155. (Kasuistisch. Ergibt sich aus der Überschrift. Die Diagnose war auf eine geplatzte Extrauteringravidität gestellt worden.)

127a. Pampanini, G., Contributo alla casistica dell' associazione tubercolare e neoplastica genitale. Ann. di Ost. e Gin. Nr. 7. p. 217—227. (Unter 150 Neubildungen des Uterus waren 8,66% kombiniert mit tuberkulösen Affektionen des Genitales und zwar von den Fibromen 2,2%. Die Tuberkulose sass in allen Fällen in den Tuben, zweimal auch im Uterus.)

128. Pankow, O., Demonstration von drei Myomen, die zu auffallenden Darm- und Peritonealerscheinungen geführt hatten. Niederrhein.-westf. Ges. f. Gyn. u. Geb. Sitzg. vom 1. Dez. 1912. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Erg.-Heft. p. 374. (1. Fast doppelt mannskopfgrosses Myom mit einem stielgedrehten, kindskopfgrossen, subserösen, in Nekrose begriffenen Knollen, der zur Kompression und zu ausgedehnten Verwachsungen der Flexura sigmoidea geführt hatte. 2. Verkalktes, kindskopfgrosses Myom, nur noch lose im Zusammenhang mit dem Uterus, das durch Einklemmung im Douglas zu schwerer Obstipation geführt hatte. 3. Durch Peritonealreizung löst ein verkalkter subseröser Myomknollen intensive kolikartige Anfälle in der rechten Unterbauchseite aus, für die eine Darmstenose am Cökum angeschuldigt wurde, aber nicht gefunden wird.)

129. Pardhy, K. M., Uterine fibromyomata and their complications. Midland Obst. Soc. Meeting at Birmingham. April 8. Ref. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 23. Nr. 6. p. 435. (Demonstration von Fällen: 1. Fibrom, das eine Schwangerschaft vortäuschte. 2. Fibrom, das von der Patientin schon mit 20 Jahren bemerkt wurde, mit 42 Jahren erst durch seine Grösse Beschwerden machte, aber nie zu abnormalen Blutungen geführt hatte. 3. Fibrom, kombiniert mit zwei grossen Cystadenoma ovarii. Diskussion: Purslows jüngste Patientin mit Myom war 24 Jahre alt.)

130. Patel, M., Deux observations de myomectomie abdominale: résultat anatomique et résultat clinique. Soc. de chir. de Lyon. Séance du 23 Janv. Ref. Revue de chir. Nr. 6. Juin. p. 906. (Bei einer 29jährigen Frau wurde ein grosses interstitielles Myom der vorderen Wand des Uterus unter Erhaltung des Organs durch Laparotomie entfernt. Die Patientin starb einige Monate später an einer käsigen Pneumonie. Bei der Sektion zeigte sich, dass der Uterus sich vollkommen normal zurückgebildet hatte.)

131. Pellegrini, A., Fibro-mioma voluminoso extraperitoneale del collo dell' utero con sintomatologia orinaria. (Grosses extraperitoeales Fibromyom der Cervix mit Blasensymptomen.) La Ginecologia. Nr. 7. p. 203—208. (Italienisch.)

132. Perrin, E., Koexistenz eines Uterusfibroms mit doppelseitigem Mammakarzinom. Lyon méd. 1911. Nr. 28. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 8. p. 291.

133. Polano, O., Die Lymphbahnen der Myome. XV. Versamml. d. deutsch. Ges. f. Gyn. (14.—17. Mai) in Halle a. S. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 26. p. 1287. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 29. p. 1377. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 26. p. 1456. Gyn. Rundschau. Nr. 14. p. 519. Als Original erschienen in der Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 75. Heft 1. p. 157—178. (Die Lymphbahnen von operativ gewonnenen Myomen wurden mit Kampfer-Äther-Farblösung injiziert. Die kleineren Myomknollen, aus denen die Mehrzahl der Myome zusammengesetzt ist, strahlen in ihre bindegewebige Umgebung nach allen Seiten Lymphbahnen aus. Dieselben sind umgeben durch eine grosse Anzahl durch den mechanischen Druck der Geschwulst konzentrisch angeordnete Lymph-

bahnen der Kapsel, welche makroskopisch den Eindruck einer Art Sinus hervorrufen. Im Gegensatz dazu konnte Vortragender bei den sog. solitären Myomen nur an einer Stelle das Ausstrahlen von Lymphbahnen von der Geschwulst in die Kapsel nachweisen.)

134. Popow, P. A., 116 operativ behandelte Uterusfibromyome. Sitzungsber. d. Ärzte des Obuchow-Hospitals. Wratsch. Gaz. Nr. 6. (40 supravaginaleAmputationen mit zwei Todesfällen, 17 Totalexstirpationen per abdomen ohne Todesfall, 47 vaginale Exstirpationen mit 2% Sterblichkeit, fünf abdominale Enukleationen subseröser Myome ohne Todesfall, sieben konservative Operationen wegen submuköser Myome mit einem Todesfall. Gesamtsterblichkeit 3,4%. Todesursache viermal Herzparalyse und Thrombose der Lungenarterie, zweimal Infektion.) (H. Jentter.)

135. Poth, H., Kasuistischer Beitrag zur Achsendrehung des myomatösen Uterus. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 31. p. 1147—1149. (Mannskopfgrosser, kurzgestielt dem Fundus des Uterus aufsitzender Tumor; der Uterus nebst Adnexen war um seine Längsachse um 360° gedreht. Die Drehung hatte anscheinend vor vier Wochen langsam begonnen und war dann unter peritonitischen Erscheinungen und dem Bilde eines stielgedrehten Ovarientumors akut geworden. Totalexstirpation, Heilung. Das exstirpierte Präparat wog 3750 g. In der Literatur fand Poth 82 analoge Fälle.)

136. Potherat, G., Fibromes utérins. Broncho-pneumonie post-opératoire et gangrène. Guérison. Soc. d. chirurgiens de Paris. Séance du 5 Déc. Ref. La Presse méd. Nr. 102. 17 Déc. p. 1032. (Kasuistisch.)

136a. — L'intervention chirurgicale dans les fibromes utérins. La Clinique. Déc.

137. Poucher, J. W., A large calcareous fibroid with absence of ovaries and uterine ligaments. 25. Vers. d. Amer. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Toledo. 1912. 17.—19. Sept. Ref. The Amer. Journ. of Obst. 1912. Dec., Jan. u. Febr. Als Original erschienen in The Amer. Journ. of Obst. Vol. 67. Nr. 422. Febr. p. 333—338. (Kasuistisch. 65jährige Virgo aus einer Irrenanstalt. Es sind nur Tuben vorhanden, der Uterus hängt an der Vagina wie an einem langen Stiel. Drei Photographien.)

138. Pozzi, S., et G. Rouhier, Fibromyome à pédicule tordu. Soc. anat. de Paris. Séance de Juillet. Ref. Ann. de gyn. et d'obst. 1914. Tome 11. Mars. p. 170—172. (Akute Erscheinungen, die nach kurzer Zeit ganz aufhörten. Der Stiel konnte einfach abgeklemmt und das Myom abgetragen werden. Ein scharf umgrenztes Segment des Tumors war nekrotisch geworden. — Zwei Abbildungen.)

139. Raab, H., Zellreiche Myome und Myosarkome des Uterus. Diss. Freiburg i. Br. Sept. Als Original erschienen im Arch. f. Gyn. Bd. 100. Heft 2. p. 389—429. (Von vier klinisch durch rasches Wachstum und mikroskopisch durch ihren Zellreichtum auf Malignität verdächtigen Myomen erwies sich nur eins als Myosarkom. Es war gekennzeichnet durch das gehäufte Auftreten von Kernteilungsfiguren und mehrkernigen Riesenzellen und das atypische Verhalten bei der Abgrenzung der Geschwulst. Unter 329 Fällen von Myom wurde nur dieser eine sichere und ein fraglicher Fall von Sarkom gefunden. Die von anderen Autoren angegebenen viel höheren Zahlen über die Häufigkeit der sarkomatösen Degeneration der Myome (bis zu 10%) sind wohl so zu erklären. dass zellreiche, aber benigne Myome als Sarkome angesprochen worden sind. — Ein farbiges mikroskopisches Bild.)

140. Rabinovitz, M., Myoma of the cervix uteri. Surg., Gyn. and Obst. 1912. Vol. 15. Nr. 6. p. 668. Ref. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 23. Nr. 4. p. 248. The Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 67. Nr. 424. April. p. 807. (Ein eigener und 132 aus der Literatur seit 1885 gesammelte Fälle. Ursache der Entstehung von Uterusmyomen im allgemeinen soll eine abnorme Sekretion der Ovarien: Produktion von „Myomhormonen" sein.)

141. Reblaud, Ovaires sclérokystiques et torsion utérine. Soc. d. chir. de Paris. Séance du 31 Janv. Ref. La Presse méd. Nr. 15. p. 143. (Der myomatöse Uterus ist 180° um seine Längsachse gedreht, ohne Erscheinungen zu machen. Wegen der beiden grossen Ovarialtumoren wurde operiert.)

142. Rieck, A., Zur Begründung und Technik der Defundatio uteri. Frauenarzt. Bd. 28. Heft 6. p. 242—251. (Die Operation soll schnell, blutsparend und fast ungefährlich sein, weil sie sich fast ganz extraperitoneal abspielt. Das Aufnähen der Scheidenschleimhaut auf die Uteruswunde ist der schwache Punkt des Verfahrens; eine exakte Blutstillung ist nicht einfach und dass einer der letzten Fäden durchschneidet und aufs neue eine Blutung herbeiführt, ist nicht mit Sicherheit zu vermeiden. Es

werden dann Bedingungen geschaffen, wie bei dem unglücklich verlaufenen Falle von Prolapsoperation nach Schauta. Eine Drainage erscheint unter allen Umständen sicherer.)

143. Rindfleisch, C., Eine neue Methode der Amputatio corporis uteri supravaginalis per vaginam bzw. laparotomiam. Freie Vereinig. mitteldeutsch. Gyn. Sitzg. vom 19. Jan. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 13. p. 463—464. (Ist p. 166 dieses Jahresberichts referiert. Vortragender hält es für möglich, dass nach seiner Methode Serien von glücklich verlaufenden Operationen zu erzielen sind, wie wir sie bisher z. B. bei Myomen noch nicht erlebt haben und dass dadurch die Operation der Röntgenbehandlung wieder starke Konkurrenz machen dürfte.)

144. Rive, Th., Über maligne Degeneration der Myome. Diss. Erlangen. August.

145. Rodler-Zipkin, R., Demonstration von Uterustumoren. Nürnberger med. Ges. u. Poliklin. Sitzg. vom 22. Mai. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 36. p. 2026. (a) Gutartige Fibromyome; b) Myoma sarcomatodes; c) vollständige sarkomatöse Umwandlung eines submukösen Fibromyoms. Die Patientin wurde vor 15 Jahren wegen Myoms kastriert. Näheres siehe auch unter „Sarkome".)

146. Rosenstein, M., Demonstration von Uterusmyomen. Gyn. Ges. zu Breslau. Sitzg. vom 26. Nov. 1912. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 14. p. 502. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. Heft 2. p. 259—264. (Sehr ausführlich!) The Brit. med. Journ. Nr. 2735. May 31. Ep. of curr. med. litt. p. 87. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 23. Nr. 6. p. 409. (a) Drei retrozervikale Myome und ein antezervikales Myom. b) Myoma uteri retrocervicale mit doppelseitiger Adnexeiterung. c) Grosses Myoma retrocervicale bei einem 20jährigen Mädchen. d) Grosses Myoma retrocervicale mit enorm ausgezogener Blasenfläche. e) Myoma permagnum antecervicale. f) Myome mit hyaliner, zuckergussartiger Oberfläche. g) Myomotomie nach vorausgegangener konservativer Myomoperation. h) Mannskopfgrosses Cystomyom des Uterus. Diskussion: Küstner.)

147. Rouffart, E., Association pathologique d'un fibrome utérin et d'un sarcome ovarien et intestinal. Soc. belge de gyn. et d'obst. Séance d'Oct. Ref. Bull. de la Soc. belge de gyn. et d'obst. Fasc. 24. Nr. 6. p. 343. (Kasuistisch; 57jährige Frau, seit fünf Jahren geringe intermittierende leichte Blutung. Laparotomie. Befund in der Überschrift. Totalexstirpation. Heilung. Im anderen Ovarium chronische Entzündungserscheinungen.)

148. Sadlier, J. E., Einige Komplikationen der Uterusmyome, die eine frühzeitige Diagnose und sofortige Operation erfordern. Amer. Ges. f. Geb. u. Gyn. Sitzg. vom 17.—19. Sept. 1912 zu Toledo. Ref. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. 1912. Dec., Jan. and Febr. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 33. p. 1239. (Verf. findet, dass die grosse Häufigkeit von Komplikationen (nach Noble unter 2274 Fällen in 68°/₀) bei Myomen viel zu wenig gewürdigt wird und teilt fünf Fälle mit, bei denen nur durch sofortige Operation die Rettung gelang. 1. Intraperitoneale schwere Blutung aus einer Arterie auf der Kuppe eines subserösen Myoms. 2. Inkarzeration des graviden Uterus durch ein subseröses Myom der Vorderwand. 3. Sepsis durch ein kindskopfgrosses, stielgedrehtes, submuköses Myom. 4. Vereitertes Myom der Hinterwand. 5. Beginnende Peritonitis durch Nekrose eines subserösen Myoms. In allen Fällen glatte Heilung.)

149. Sampson, J. A., The influence of myomata on the blood supply of the uterus, with special reference to abnormal uterine bleeding. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 16. Febr. Nr. 2. p. 144—180. Ref. The Brit. med. Journ. Nr. 2740. July 5. p. 3. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 23. Nr. 5. May. p. 323. (An 150 Uteri wurden Injektionen gemacht entweder mit gefärbten Substanzen oder mit Röntgenschatten erzeugenden Flüssigkeiten. Stereoskopische Röntgenaufnahmen leisteten gute Dienste. Der Einfluss der Tumoren auf die Blutzirkulation im Uterus ist interessanter, wie die Blutversorgung der Tumoren selbst. Die Veränderungen der Gefässversorgung des Endometriums durch die Tumoren wird zur Erklärung herangezogen für die Menstruationsabnormitäten, welche diese Tumoren verursachen.)

150. Schach-Asiss, J., Zur Kasuistik der malignen Neubildungen der weiblichen Geschlechtsorgane. Wratsch. Gaz. 1912. Nr. 50. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 14. p. 512. (Bei einer 51jährigen Patientin wurde wegen multiplen Uterusfibromyoms Panhysterektomie nach Doyen ausgeführt. Bei der mikroskopischen Untersuchung der Geschwulst wurde nachgewiesen: zwischen myomatösem Gewebe befinden sich sarkomatös degenerierte Stellen; sarkomatöse Zellen vom polymorphen Typus mit grosser Menge von Riesenzellen und karyokinetischen Figuren.)

151. Schäfer, P., Technik des Abderhaldenschen Fermentnachweises im Serum. Berl. med. Ges. Sitzg. vom 19. Juli. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 32. p. 1569. (Es wurden nach der Dialysiermethode 13 Myome untersucht; davon gaben fünf positive, acht negative Reaktion. Nach der optischen Methode gaben von zehn Myomen neun eine negative und eins eine positive Reaktion. Für die Fehldiagnosen gibt es zurzeit noch keine Erklärung. Technik. Fehlerquellen. Es bleibt fraglich, ob die Reaktion spezifisch ist.)

152. Schauta, F., Über moderne Myombehandlung. Wiener med. Wochenschr. Nr. 1. p. 14—19. Mitteil. d. Ges. f. d. ges. Therap. Jahrg. I. Heft 3. Wien. (Dasselbe russisch: Terapewt. Obosr. Bd. 6. Heft 4. p. 110—115.) (Die in Form eines Vortrags gehaltene Arbeit gibt zuerst eine geschichtliche Übersicht über die Myombehandlung. Dann werden die Myomoperationen in drei Hauptarten getrennt: die konservative, die supravaginale Amputation des Uterus und die Radikaloperation. Die radikalen und die konservativen Operationen aus diesen drei Gruppen werden gegeneinander abgewogen. Die konservative ergibt ein um 5—7 $^0/_0$ schlechteres primäres Resultat mit 14 $^0/_0$ Rezidiven. Der wichtigste angestrebte Erfolg konservativer Enukleation, nämlich die Gravidität, tritt selten ein, die Schwangerschaft wird nicht selten durch Abortus unterbrochen und am Ende der Schwangerschaft neigt der in seiner Substanz geschädigte Uterus zur Ruptur. Was die Abschätzung der vaginalen gegenüber den abdominalen Myomoperationen betrifft, sind die Erfolge der abdominalen Operationen so sicher geworden, dass man den umständlichen, schwierigen und auch bezüglich der Nachbehandlung komplizierten vaginalen Weg seltener mehr betritt, ohne ihn deshalb völlig verlassen zu haben. Die supravaginale Amputation sowie die Totalexstirpation haben beide ihre Vor- und Nachteile. Die Erhaltung der Ovarialtätigkeit ist nur dann von Wert, wenn auch menstruationsfähige Schleimhaut zurückgelassen wurde. Sarkomatöse Degeneration der Myome wird infolge der exakteren Untersuchung der Operationspräparate in steigender Prozentzahl gefunden; auch scheint es zur karzinomatösen Degeneration der Korpusschleimhaut zu disponieren. Die Gefahr der Degeneration wächst mit zunehmendem Alter. Auch die Gefahr der braunen Atrophie des Herzens, der Endokarditis, Myokarditis, der Myofibrosis cordis sowie bei tiefem Sitz der Myome Ureterdilatation, Nierenbeckenerweiterung, Katarrhe, Harnstauungen, endlich Nekrosen und Thrombose der grossen Gefässe sind immer vorhanden. Das Indikationsgebiet der palliativen Behandlung der Myome ist immer mehr eingeengt worden. Die Röntgenbehandlung wird vom Verf. als eine unblutige Kastration bezeichnet. Sie wird in ihren Resultaten und ihrer Indikationsstellung ausführlich behandelt und Verf. kommt zu dem Schluss, dass sie als ein wertvoller therapeutischer Gewinn anzusehen ist. Sie soll aber nicht an die Stelle der operativen Behandlung gesetzt werden, sondern man muss eine sorgfältige Auswahl der Fälle treffen. Schauta hat durch Röntgenbehandlung der Myome nie ein vollständiges Aufhören der Blutungen erreicht, auch nie eine sichere Verkleinerung des Tumors gesehen. Dies und die Gefahr sarkomatöser Entartung der Geschwulst sprechen zugunsten der Operation, die in typischen Fällen einfach ist. Unter den letzten 100 Operierten hatte Schauta keinen Todesfall.)

154. Schild, E., Myom der Portio. Dissert. Bonn.

155. Schiller, H., Morbus maculosus und Myomotomie. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 28. Juni. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 38. p. 1858. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Heft 3. p. 361. (Eine Woche nach 30 Minuten dauernder supravaginaler Amputation des myomatösen Uterus traten bei der 35jährigen Patientin schwere Zahnfleischblutungen auf, denen ausgedehnte Petechien und Sugillationen am ganzen Körper, grosse Hämatome an den Injektionsstellen, mässiger Blutaustritt aus der Scheide und mässiges Nasenbluten folgten. Kein Fieber. Die Gerinnbarkeit des Blutes war stark herabgesetzt. Nach einer Woche hörten die Blutungen auf. Der Urin war zehn Tage lang stark hämoglobinhaltig. Heilung. Für die Annahme einer Hämophilie lag kein Anhaltspunkt vor.)

156. Schindler, R., Myome. Gyn. Rundschau. Heft 12. (Literaturübersicht über das Jahr 1911. Fortschritte der Kenntnisse auf dem Gebiete der Ätiologie, des Einflusses der Tumoren auf den Körper, besonders auf den Blutkreislauf. Operationsmethoden und Resultate.)

157. Schlimpert, H., und J. Miller, Häufigkeit und Prognose des Uterussarkoms. Mittelrhein. Ges. f. Geb. u. Gyn. Sitzg. vom 16. Febr. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Erg.-Heft. p. 405—407. (Cf. „Sarkome".)

158. Schottlaender, J., Fünfeinviertel Jahre pathologisch-anatomischer Tätigkeit im Laboratorium der II. medizinischen Universitäts-Frauenklinik zu Wien. 85. Vers. d. Ges. deutsch. Naturf. u. Ärzte in Wien. 21.—28. Sept. Als Original erschienen in der Wiener med. Wochenschr. Nr. 45. p. 2897—2905. (Einbettungsmethoden und Einrichtung der Sammlung. Übersicht über die im genannten Zeitraum gesammelten Erfahrungen. Es wurden im ganzen 528 Uteruskarzinome untersucht. Darunter waren sechs Korpuskarzinome sekundär bei primärem Adnexkarzinom. Sechsmal (1,2—1,3%) war Schwangerschaft vorhanden. Das Prozentverhältnis der Korpus- gegenüber den Kollumkarzinomen beträgt 9—10. Eigentliche Fibrome des Uterus wurden nicht beobachtet, Myome im ganzen 536, davon 441 als Haupt- und 95 als Nebenerkrankung. 18mal waren mit Sicherheit erkennbare sarkomatöse Veränderungen vorhanden, also in etwa 3,4%. Bei Mitzählung aller auf Sarkom verdächtigen Fälle würde sich ein Prozentsatz von 8,4% ergeben. In ca. 2% der Fälle liess sich gleichzeitig eine karzinomatöse Erkrankung des Uterus feststellen, in 3,1% Schwangerschaft.)

159. Schwartz, E., Adenomyomas. Sect. on Obst. and Gyn. of the New York Acad. of Med. Meeting of April 24. Ref. The Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 68. Nr. 429. Sept. p. 561. (Besonders selten sind die zervikalen Adenomyome. Die Cervixdrüsen wuchern diffus in die Uterusmuskulatur hinein bis zum Peritoneum, ja sogar bis in die Wand des Rektums. Trotzdem muss man die Wucherung gutartig nennen. Die Hypertrophie der Uteruswand, die den Eindruck eines Tumors macht, unterscheidet die Adenomyome von der Adenomyometritis nach R. Meyer. Nach Entfernung der Tumoren tritt Heilung ein und Metastasen werden nicht beobachtet.)

160. Schwarz, A., La Gynécologie en 1913. Paris méd. Nr. 22. p. 517—523. (Jahresübersicht, hauptsächlich über die französische Literatur. Es werden eingehend die Störungen von seiten des Urogenitalapparates durch Uterusmyome erwähnt.)

161. Sfameni, R., Bei Uterusfibromen mit intrazervikaler Entwickelung soll man nicht die vaginale Hysterektomie machen. La Ginec. Nr. 10. p. 305—327. (Italienisch.) (Das periuterine Gewebe — Retinaculum uteri von Jacobs — hat sich in solchen Fällen verkürzt und ist so straff geworden, dass Herunterziehen des Uterus und Fassen der Gefässe unmöglich geworden ist. Nur subtotale Amputation des Uterus ist in solchen Fällen möglich.)

162. Shaw, W. S., Haemorrhages into an angiomatous fibromyoma of the uterus and atheroma of the uterine arteries. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Bd. 24. Nr. 1. p. 22—23. (Kasuistisch. Ausführliche pathologisch-anatomische und histologische Beschreibung des Präparats, mit zwei Abbildungen auf einer Tafel.)

163. Simson, H. J. F., Exhibition of specimens: 1. Fibroid tumour of the uterus undergoing red degeneration and necessitating hysterectomy at about four and a half months. 2. A similar specimen causing miscarriage at five months. 3. Fibroid uterus causing impaction from growth in lower uterine segment and forward displacement of the right uterine artery. West London med.-chir. Soc. Meeting on Febr. 7. Ref. The Lancet. Nr. 4669. Febr. 22. p. 532.

164. Smith, A., Needles in the abdominal cavity as a complication of an hysterectomy. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 23. Nr. 2. p. 118—120. (Mit einem Röntgenbild.) The Lancet. Nr. 4663. Jan. 11. p. 102. (Hysterektomie wegen multiplen Myomen. Im grossen Netz, Dünndarm, S romanum und Wurmfortsatz 10 Näh- und Stecknadeln, die Patientin als Kind verschluckt hatte. Im Appendix allein drei Stück. Überall liessen sich schützende Vorgänge seitens des Peritoneums nachweisen.)

165. Smith, J. Lorrain, Red degeneration of uterine fibromyomata. Proceedings of the Royal Soc. of Med. March. p. 131.

166. — and W. Fletcher Shaw, Red degeneration of uterine fibromyomata. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 23. Nr. 3. March. p. 129—134. Ref. Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. Nr. 11. p. 704. (Pathologisch-anatomische Untersuchung von 24 derartigen Tumoren. Verff. unterscheiden dieselben in zwei Gruppen: eine mit Thrombose der Gefässe, die dunkle Farbe, klinische Erscheinungen, aber kein freies Blut im Gewebe zeigen und eine ohne thrombosierte Gefässe, mit freiem Blut im Gewebe, Verlust der roten Farbe in der Kaiserlingschen Lösung und ohne klinische Symptome. Beide Gruppen zeigen zahlreiche dünnwandige Gefässe. Erstere Gruppe verdankt seine tiefrote Farbe, die nicht in der Fixationsflüssigkeit verschwindet, der

Hämolyse und Hämoglobinfärbung. Dabei zeigen sie starke Fettanhäufung infolge der erschwerten Zirkulation. Die klinischen Symptome, die den Tumoren der zweiten Gruppe vollkommen fehlen, sind Leibschmerzen, Schmerzhaftigkeit und rapide Vergrösserung des Tumors, Temperatursteigerung, frequenter Puls und allgemeines Unwohlsein. Blutung tritt bei beiden auf. — Ein makroskopisches und zwei mikroskopische Bilder.)

167. Stark, J. Nigel, Demonstration of a specimen of a cervical fibroid with a small intra. uterine polypus which had been the cause of severe haemorrhage. Glasgow. Obst. and Gyn. Soc. Meeting on Nov. 26. Ref. The Lancet. Nr. 4712. Dec. 20. p. 1770.

168. Stilling, J., und P. Beitzke, Uterustumoren bei Kaninchen. Virch. Arch. Bd. 214. Heft 3. (13 Fälle, die durchwegs alte Tiere betreffen: Myome, ein Adenomyom, Adenome und Adenokarzinome. Transplantationsversuche blieben völlig ergebnislos.)

169. Strassmann, P., Demonstration eines grossen, verkalkten, im Innern karzinomatös degenerierten Uterusmyoms. Gyn. Ges. zu Berlin. Sitzg. vom 25. April. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 21. p. 992. (63jährige Frau, der Tumor bestand nachgewiesenermassen schon seit 25 Jahren.)

170. Szymanski, Kindskopfgrosses Zervikalmyom per vaginam entfernt, dann die vaginale Uterusexstirpation angeschlossen. Przeglad chir. i gin. Bd. 8. Heft 2. p. 328. (Polnisch.) (v. Neugebauer.)

171. Thauer, J., Über Koinzidenz von Ovarialgeschwülsten mit Myomen. Diss. Erlangen. März.

172. Thorn, W., Rezidiv nach Myomenukleation. Med. Ges. zu Magdeburg. Sitzg. vom 13. Febr. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 21. p. 1177. (Vor 12 Jahren waren bei einer jetzt 42jährigen Frau per laparotomiam mehrere Myome enukleiert. Seit Jahren wird Wachsen neuer Myome beobachtet und steigende Druckschmerzen. Die Enukleation passt nur für solitäre Myome und kann vaginal wie abdominal nur beschränkte Anwendung finden, will man nicht das Nachwachsen riskieren.)

173. — Karzinom der hinteren Lippe im Stumpf eines vor 18 Jahren wegen Myom abdominal amputierten Uterus. Med. Ges. zu Magdeburg. Sitzg. vom 13. Febr. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 21. p. 1177. (Trotz der sich häufenden Zahl solcher Fälle von Karzinom im Amputationsstumpfe kann man damit allein die Notwendigkeit, stets etwa beim Myom den ganzen Uterus zu entfernen, nicht erweisen. Thorn bevorzugt allerdings die Totalexstirpation und steht auf dem Standpunkte, dass Myome nur unter dringenden Indikationen operiert werden sollen, dann aber, von den solitären abgesehen, stets radikal.)

174. Toledano, Fibromes utérins et électrothérapie. Soc. de méd. de Paris. Séance du 29 Mars. Ref. La Presse méd. Nr. 29. p. 290. (Vortragender hat angeblich nie Erfolge von der Elektrizitätsbehandlung der Uterusmyome gesehen und zieht die chirurgische Behandlung vor.)

175. Tourneux, J. P., et E. Saint-Martin, Fibrome et cancer de l'utérus. Soc. anat.-clin. de Toulouse. Séance du 22 Févr. Ref. La Presse méd. Nr. 34. p. 344. Toulouse méd. Tome 15. Nr. 4 et 6. (Die Diagnose wurde schon vor der Operation durch Curettage gestellt. Das Myom sass subserös rechts dem Uterus auf, das Karzinom im Fundus.)

176. Travis-Gibb, W., Multiple Fibrome bei Adenokarzinom des Uterusfundus. Med. Record. Febr. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 20. p. 747. (Operation in zwei Sitzungen; zuerst Enukleation eines orangegrossen, adenokarzinomatösen Uteruspolypen; später vaginale Hysterektomie. Nach Angabe des Verf. gehen Uterusmyome mit Malignität einher: in 5% bei Frauen zwischen 40 und 50 Jahren, in 12% zwischen 50 und 60 Jahren, in 23% zwischen 60 und 70 Jahren. Verf. tritt infolgedessen warm für Totalexstirpation im Gegensatz zur supravaginalen Amputation ein.)

177. Tweedy, E. H., A case of polypus complicating inversion of uterus. Royal Acad. of Med. in Ireland. Meeting on Dec. 13. 1912. Ref. The Lancet. Nr. 4663. Jan. 11. p. 101—102. (Zeigt die Schwierigkeit der Diagnose. Vortragender fühlte, dass der Stiel aus Uterusmuskelgewebe bestand. Das Myom wurde dann ausgeschält und der Uterus leicht zurückgebracht. Diskussion: Horne, Solomons, Spencer Sheill and Purefoy. — Tweedy zeigt dann noch ein nekrotisches Myom, dessen Entfernung per vaginam ebenfalls eine Inversion des Uterus zur Folge hatte.)

178. Ulesko-Stroganowa, K., Eine seltene Form des Fibromyoms. Journ. akusch. i shensk. bolesn. Sept. Sitzungsber. der geb.-gyn. Ges. zu St. Petersburg. (H. Jentter.)

179. Unger, A., Ein seltener Fall von Uterusfibromyom. Wratsch. Gaz. Nr. 1. Sitzungsber. der Path. Ges. zu St. Petersburg. (Der Tumor war dunkelrot, weich und feinkörnig. Auffallend war die starke Entwickelung des teils hyalinen, teils ödematösen Binde-

gewebes, welches die einzelnen Gruppen der Muskelelemente von allen Seiten umfing. Gefässe erweitert, stellenweise Hämorrhagien. Die Besonderheiten des Tumors lassen sich erklären durch die fibrösen Veränderungen und Schrumpfungen, sowie durch Ödem und Blutungen aus den dilatierten Gefässen.) (H. Jentter.)

180. Unterberger jr., F., Demonstration eines 2500 g schweren Cervixmyoms. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 23. Nov. 1912. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 9. p. 436. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. Heft 2. p. 229. (Der Uterus enthielt sonst keine Myome. In der Diskussion erwähnt Schütze einen Fall von präzervikaler Entwickelung eines grossen intramuralen Myoms mit doppelseitiger, schwerer chronischer Adnexerkrankung und Pelveoperitonitis chronica adhaesiva. Es bestanden in diesem wie in Unterbergers Fall beträchtliche Blasenbeschwerden.)

180a. — Demonstration eines myomatösen Uterus mit Tuberkulose der Adnexe und des Peritoneums. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 29. Nov. Ref. Deutsche med. Wochenschr. 1914. Nr. 17. p. 885.

181. Vecchi, Mit schweren Herzstörungen kompliziertes Uterusmyom. Laparotomie. Heilung. Geb.-gyn. Ges. d. Marcken u. d. Emilia (Italien). Sitzg. vom 30. Juni 1912. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. Heft 2. p. 277. (Auf abnorme Tätigkeit der Herzmuskelfasern zurückzuführende pathologische Erscheinungen beim Myom bedingen keine Verschlimmerung der Prognose.)

182. Webb, H. G., Bakteriologie der Uterushöhle bei Fibromyomen. Med. Press and Circ. 1912. Vol. 145. Nr. 18.

183. Weinbrenner, K., Uterus myomatosus mit doppelseitigen entzündlichen Adnexen und linksseitigem Pyovarium. Med. Ges. zu Magdeburg. Sitzg. vom 27. Febr. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 22. p. 1232. (Nach Sondierung des Uterus von anderer Seite bei Cess. mens. waren heftige akute Erscheinungen eingetreten, welche durch Monate dauerndes Fieber gefolgt wurden. Abundante Menorrhagien zwangen schliesslich zur Radikaloperation. Schwere Verwachsungen; beiderseitig Pyovarium, links bis über den Nabel. Schwierige Exstirpation des Uterus und der Adnexe. Abszess im linken Lig. latum. Drainage. Heilung. Vortragender spricht sich wider den Gebrauch der Sonde in der Gynäkologie aus. Diskussion: Thorn schliesst sich dem mit Nachdruck an.)

184. Weishaupt, E., Ein Fall von extraperitonealem Adenomyom und zwei Fälle von intraperitonealen Myomen des Ligamentum rotundum mit Anmerkungen über die Herkunft der epithelialen Einschlüsse. Arch. f. Gyn. Bd. 99. Heft 3. p. 491—504.

185. West, J. N., Uterine fibromyomata of the lower uterine segment. Amer. Assoc. of Obst. and Gyn. Meeting at Providence, Rhode Island. 16—18 Sept. Ref. The Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 68. Nr. 431. Nov. p. 925—941. (Wachstum, klinische Erscheinungen und operative Entfernung dieser Tumoren. Als Beispiele werden drei Krankengeschichten ausführlich mitgeteilt und die Verhältnisse abgebildet. Diskussion: H. E. Hayd, M. J. Rosenthal, C. N. Smith, L. F. Smead, die eigene Fälle mitteilen.)

186. Whitehouse, B., Fibromyoma of the uterus presenting unusual characters. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 23. Nr. 3. p. 158—160. (Wegen einer vorangegangenen Blasenmole war die Diagnose auf Chorioepitheliom gestellt worden. Auch makroskopisch sah das abgekapselte Myom der vorderen Wand maligne aus. Mikroskopisch war aber ausser Ödem nichts nachzuweisen.)

187. Wiecki, C. v., Über einen Fall von Sarkom nach Myomoperation. Diss. München. Febr. (Berlin, R. Trenkel). (Siehe unter „Sarkom".)

188. Young, J., Adenomyoma of the uterus. Edinb. Obst. Soc. Meeting on Dec. 10. Ref. The Brit. med. Journ. 1914. Nr. 2766. Jan. 3. p. 28. (In dem Tumor finden sich Höhlen, die angefüllt sind mit chokoladebraunem Blut, das retiniertes Menstrualblut sein soll.)

189. Zaborowski, Fibromatöser Uterus von 13 kg Gewicht amputiert, dabei versehentlich ein Stück Ureter weggeschnitten. Unteres Ende des oberen Abschnittes abgebunden und versenkt. Mikuliczsack, Bauchwunde geschlossen. Nach zwei Wochen Harnfluss durch eine hinterbleibende Harnfistel des abgebundenen Ureters, jetzt die betreffende Niere exstirpiert. Genesung. Przeglad chir. i gin. Bd. 9. Heft 1. p. 119. (Polnisch.) (v. Neugebauer.)

190. Zancla, L., Seltsame Form eines submukösen Fibroms des Uteruskörpers. Ital. Ges. f. Geb. u. Gyn. 18. Versamml. in Rom. 18.—20. Dez. Ref. Revue mens. de gyn., d'obst, et de péd. 1914. Nr. 1. p. 65. (Der Tumor ist gestielt und liegt kindskopfgross in der Scheide.)

Über die **Ätiologie der Myome** haben Aimes (1), H. Freund (52), Healy (69) und Rabinovitz (140) gearbeitet. Healy fand bei den Sektionen von Frauen über 35 Jahre in 14—20% der Fälle Myome des Uterus. Rabinovitz glaubt, es sei als Ursache der Entstehung von Uterusmyomen im allgemeinen eine abnorme Sekretion der Ovarien: Produktion von „Myomhormone" anzunehmen. H. Freund hat 200 Myome histologisch untersucht und gefunden, dass nicht nur Adenomyome, sondern auch gewöhnliche Kugelmyome sich aus epithelialen Keimversprengungen entwickeln können. Die epithelialen Elemente können unter dem Wachstum und Druck des Tumors zugrunde gehen, so dass bei der mikroskopischen Untersuchung von ihnen nichts mehr zu bemerken ist. Disponiert zu Myom- und zu Tumorbildung überhaupt sind mangelhaft gebildete und entwickelte Uteri, besonders der Uterus duplex, der ausserdem häufiger vorzukommen scheint als bisher angenommen wurde.

Eine solche **Kombination von Uterusmissbildung und Myom** wurde von Colle (26), Breil (cf. „Myom und Schwangerschaft, 4) und Marshal (cf. „Myom und Schwangerschaft", 37) beschrieben, während Poucher (137) ein Myom fand bei einer Patientin, die einen Uterus mit Tuben, aber ohne Ovarien und Ligamente besass.

Die gleiche Disposition ist nach H. Freund bei allgemeinen Konstitutionsanomalien, Chlorose, Hämophilie, angeborener Rachitis oder Tuberkulose gegeben, unter denen dem Infantilismus die grösste Bedeutung zuzuschreiben ist. Küstner (92) beobachtete und beschrieb einen myomatösen Uterus bei einem Repräsentanten von Pseudohermaphroditismus femininus externus. Dietrich (41) fand bei einer Patientin mit einem Fibroxanthosarkom eine Vena cava superior sinistra; ein Zusammenhang zwischen Tumor und Missbildung war nicht nachzuweisen. Friedrich (53) und Lindqvist (104) sahen Fälle von **Myom und Struma resp. Morbus Basedowii**, während Herz (72) das Kropfherz, Myomherz und Klimakterium zum Gegenstand eines besonderen Studiums machte. Schiller (155) sah einen **Morbus maculosus** auftreten eine Woche nach 30 Minuten dauernder supravaginaler Amputation des myomatösen Uterus einer 35jährigen Patientin. Nach einer Woche hörten die Blutungen wieder auf. Heilung. Für die Annahme einer Hämophilie lag kein Anhaltspunkt vor.

Schwere **Herzstörungen bei Myom** wurden von Boldt (18), Nicolsky (124) (dreimal in 134 Fällen) und Schauta (152, 153) beobachtet. Hall (62) schätzt die Häufigkeit der Herzstörungen bei Myomen auf Grund von 5000 Fällen auf 20%; Healy (69) fand bei Myomkranken Herzgeräusche viermal so häufig wie bei gleichalterigen gesunden Frauen. Nach Vecchi (181) bedingen jedoch die auf abnorme Tätigkeit der Herzmuskelfasern zurückzuführenden pathologischen Erscheinungen beim Myom keine Verschlimmerung der Prozesse.

Die neuerdings von Abderhalden für die Diagnose der Schwangerschaft angegebene **Komplementbindungsreaktion** wurde auch von verschiedenen Seiten bei Myomen angewandt. Die Resultate sind sehr verschieden und nicht eindeutig; meist wird der Wert der Reaktion für die Diagnose des Myoms abgelehnt. In Allmanns Untersuchungen (3) wurde Myomgewebe immer abgebaut, in Aschners Untersuchungen (6) niemals. Fries (54) und Jonas gelang es nicht, mit dieser Methode eindeutige Resultate zu erzielen. Schäfer (151) hatte unter 13 Myomen mit der Dialysiermethode fünfmal eine positive, achtmal eine negative Reaktion; nach der optischen Methode gaben von zehn Myomen neun ein negatives und eins ein positives Resultat. Nach der Mehrzahl der Untersucher bleibt es fraglich, ob die Reaktion spezifisch ist. Prochownick (cf. Allmann (3)) hat mittelst der Abderhaldenschen Reaktion Blutungen bei submukösen Myomen, beginnender Klimax und schwerer Metritis von Abortresten differenziert. Ferner wurde ihm zweimal das Zusammentreffen von Myom mit Gravidität durch die Reaktion sehr früh gesichert. Dagegen teilt Herzberg (73) einen vollkommenen Misserfolg der Methode mit bei einer Differentialdiagnose zwischen Myom und Schwangerschaft. Noch bei zwei anderen nichtgraviden Frauen war die Reaktion positiv, bei neun weiteren, die in der 6.—8. Woche schwanger waren, negativ. In 24 Fällen stimmte der klinische Befund mit der Reaktion überein; auch zwei Tubargraviditäten gaben positives Resultat. — Da übrigens mit jeder neuen Wochennummer in der einen oder anderen medizinischen Zeitschrift von Abderhaldens Hand eine neue Vorschrift betreffend der Technik der Reaktion erscheint und er damit die bis dahin negativ ausgefallenen Reaktionen für nicht richtig ausgeführt erklärt, ist es zwecklos, zu versuchen, aus den bisher publizierten Erfahrungen den Wert der Reaktion für die Diagnostik in der Praxis feststellen zu wollen.

Die Häufigkeit des **Zusammentreffens von ovariellen Veränderungen mit Myomen des Uterus** findet Ausdruck in der Menge der Publikationen über dieses Thema. Zystische Ovarien sind von verschiedenen Seiten beschrieben worden. Boldt (18) fand eine vereiterte

Zyste der einen Seite, in einem anderen Falle ein stielgedrehtes zystisches Ovarium. Deaver (35) fand in etwa 50 Fällen 16mal chronische Oophoritis und neunmal zystische Ovarien. Kayser (85) beschreibt einen Uterus mit multiplen Myomen und eine linksseitige apfelgrosse Ovarialzyste und rechtsseitige faustgrosse Dermoidzyste. Marshall (113) demonstrierte ein Myom mit doppelseitiger Salpingo-Oophoritis; einen ähnlichen Fall beschreibt Reblaud (141). Pardhy (129) sah ein Myom, kombiniert mit zwei grossen Cystadenoma ovarii. — Rouffart (147) und Thauer (171) studierten die Koinzidenz von Ovarialgeschwülsten mit Myomen. Oehman (126) hat in acht Fällen von Uterusmyom gleichzeitig Blutungen in den Ovarien beobachtet. Ob letztere in einem kausalen Zusammenhang mit den Myomen stehen, ist noch zweifelhaft. Die Blutungen aus dem Uterus sind nach Oehmans Erfahrungen Folge einer Kongestion zu den inneren Genitalien, hervorgerufen durch die Myombildung im Uterus. — Ein gewiss seltener Fall ist von Poucher (137) beobachtet, der ein Myom fand bei einer Patientin ohne Ovarien (? Ref.). Es waren nur Tuben vorhanden und da die Ligamente fehlten, hing der Uterus an der Vagina wie an einem langen Stiel. Maugeri (115) studierte die Histopathologie der Tuben bei Uterusmyomen.

Während Polano (133) durch Injektion von Farbstoffen die **Lymphbahnen der Myome** darstellte und besonders ihr Verhalten zu den Myomen feststellte, hat Sampson (149) den **Einfluss der Myome auf die Blutversorgung des Uterus**, mit besonderer Berücksichtigung abnormer Blutungen studiert. An 150 Uteri wurden Injektionen gemacht, entweder mit gefärbten Substanzen oder mit Röntgenschatten erzeugenden Flüssigkeiten. Stereoskopische Röntgenaufnahmen leisteten gute Dienste. Das Resultat war interessanter, soweit es den Einfluss der Tumoren auf die Blutzirkulation im Uterus, als die Blutversorgung der Tumoren selbst betraf. Sampson zieht die Veränderungen der Gefässversorgung des Endometriums durch die Tumoren heran zur Erklärung der Menstruationsabnormitäten, welche diese Tumoren verursachen.

Schottländer (158) gibt einen Einblick in seinen Erfahrungen aus $5^1/_4$ Jahre pathologisch-anatomischer Tätigkeit im Laboratorium der II. medizinischen Universitäts-Frauenklinik zu Wien. Eigentliche Fibrome des Uterus wurden nicht beobachtet, Myome im ganzen 536, davon 441 als Haupt- und 95 als Nebenerkrankung. Mehrere interessante Einzelbefunde werden mitgeteilt, daneben aber auch zahlenmässige Angaben gemacht, unter anderem über die **Häufigkeit der malignen Degeneration der Myome**. In 3,4% der Fälle wurden mit Sicherheit erkennbare sarkomatöse Veränderungen in den Myomen gefunden. Bei Mitzählung aller auf Sarkom verdächtigen Fälle würde sich ein Prozentsatz von 8,4% ergeben. In ca. 2% der Fälle liess sich gleichzeitig eine karzinomatöse Erkrankung des Uterus feststellen.

Auch von vielen anderen Seiten sind wieder Fälle von **sarkomatöser Degeneration von Myomen** mitgeteilt worden. Es sei hier nur auf die Demonstrationen und Publikationen von Barbour (11), Chabiron (24), Chambers (25), Dreyzehner (43), Glinski (58), Handfield-Jones (64), Hansen (65), King (86), v. Kubinyi (90), Ladinski (93), Lihotzky (102), Nicolsky (124), Ogorek (125), Raab (139), Rive (144), Rodler-Zipkin (145), Schach-Asiss (150) und v. Wiecki (187) hingewiesen. Ferner sind im Kapitel „Sarkome" zahlreiche weitere Fälle erwähnt.

Deaver (35) schätzt die **Frequenz der sarkomatösen Degeneration** bei Myomen auf 1,2%, Miller (120) auf 2%, Holzbach (cf. Schlimpert und Miller, Kap. „Sarkome") auf $^1/_2$–1%, Raab (139) auf 0,3%. Schottländer (158) hat mit Sicherheit 3,4% sarkomatöse Degeneration bei Myomen konstatieren können (an 536 Fällen); bei Mitzählung aller auf sarkomatöser Degeneration verdächtigen Fälle ergibt sich ein Prozentsatz von 8,4.

Nach Giles (57) sind 40% der Myome bei Frauen über 50 Jahren von malignen Veränderungen kompliziert; Hall (62) schätzt die Häufigkeit der **malignen Degeneration** der Myome auf Grund von 5000 Fällen auf 3–8%, Manton (111) auf Grund von 3160 Fällen auf 5,9%. Nach Schauta (152, 153) wird sarkomatöse Degeneration der Myome infolge der exakteren Untersuchung der Operationspräparate in steigender Prozentzahl gefunden. Dabei mag aber Raab (139) in seiner Behauptung Recht haben, dass von vielen Untersuchern zellreiche, aber benigne Myome als Sarkome angesprochen werden und deshalb die von ihnen angegebenen Zahlen über die Häufigkeit der sarkomatösen Degeneration der Myome im allgemeinen viel zu hoch sind. Als Beispiel erwähnt er vier Fälle von rasch gewachsenen und mikroskopisch durch ihren Zellreichtum auf Malignität verdächtigen Myomen aus eigener Praxis, von denen sich nur eins als Myosarkom erwies. Es war gekennzeichnet durch das gehäufte Auftreten von Kernteilungsfiguren und mehrkernigen Riesenzellen und das atypische Verhalten bei der Abgrenzung der Geschwulst. Unter 329 Fällen von Myom wurde nur dieser eine sichere und ein fraglicher Fall von Sarkom gefunden.

Fälle von **Kombination von Myom und Karzinom** sind publiziert worden von Barbour (11), Baumm (12), Dartigues (33), Delaunay (36), Glinski (58), Hansen (65), Jacobs (78), Kamata (84), Ladinski (93), Littlewood und Stewart (106), Löwit (108), Nadal (123), Nicolsky (124), Strassmann (169), Thorn (173), Tourneux et Saint Martin (175) und Travis-Gibb (176). Besonders der Fall von Baumm (12) ist wegen der Frage der Entstehung von Karzinom in einem Myom interessant (siehe Referat).

Healy (69) hält die **Häufigkeit des Zusammentreffens von Myom und Karzinom** für etwa 2,8 $^0/_0$ (unter 1000 Myomfällen 12mal Karzinom des Korpus, 16mal der Cervix uteri). Nicolsky (124) fand unter 134 Myomen aus der Klinik Tuffier viermal Zusammentreffen mit einem Uteruskarzinom; Schottländer (158) in ca. 2 $^0/_0$ von 536 durch Operation gewonnenen Myompräparaten. Nach Manton (111) kommt in myomatösen Uteri Korpuskarzinom viel häufiger vor wie in sonst normalen Uteri. Verf. glaubt deshalb an einen Zusammenhang zwischen diesen beiden Erkrankungen, hält auch die Uterusmyome für nicht gutartige Geschwülste und will sie alle sobald wie möglich aus dem Körper entfernt wissen. Auch nach Deaver (35) und Schauta (152) besteht die Annahme, dass Myom zu Korpuskarzinom prädisponiert, zurecht. Nach Angabe von Travis-Gibb (176) gehen Uterusmyome mit Malignität einher: in 5 $^0/_0$ bei Frauen zwischen 40 und 50 Jahren, in 12 $^0/_0$ bei Frauen zwischen 50 und 60 Jahren und in 23 $^0/_0$ bei Frauen zwischen 60 und 70 Jahren. — Lekachowitsch (99) bearbeitete das gleichzeitige Vorkommen von Myom und Karzinom in utero in einer Dissertation. Ill (76) dagegen leugnet den Zusammenhang zwischen Myomen und Karzinomen des Uterus. Unter 443 von ihm operierten Myomen war kein einziges, das maligne Degeneration zeigte; unter 175 operierten Karzinomen hatten nur fünf Myome im Uterus und diese hingen nicht mit dem Karzinom zusammen. Sektionsprotokolle zeigen, dass 4—8 $^0/_0$ der Frauen über 30 Jahren Myome im Uterus haben. In der Diskussion zu Ills Vortrag erhebt sich aber bloss Widerspruch.

Auch besondere Fälle von **Nekrose von Myomen** und sog. **„rote Degeneration"** wurden in grosser Zahl beobachtet und veröffentlicht. Es sind solche Fälle beschrieben worden von Alschwang (4); Dissertation, mit besonderer Berücksichtigung der operativen Behandlung), Barbour (11; „rote Degeneration"), Bougot (19; grosser hämorrhagischer Herd, vielleicht infolge Stieldrehung), Brickner (21; es war krimineller Abortversuch vorangegangen), Crousse (30), Deaver (35), Hartmann (67), Kayser (85), Küstner (91), Latzko (96), Leist (98; Dissertation, mit besonderer Berücksichtigung der Behandlung und Prognose), Leo (100), Löwit (108), Malcolm (109), Nicolsky (124), Pankow (128), Sadlier (148), Smith (165; „rote Degeneration") und Smith and Shaw (166; pathologisch-anatomische Untersuchungen an 24 Fällen „roter Degeneration").

Über **Myomnekrose in der Schwangerschaft und im Puerperium** siehe das Kapitel „Myom und Schwangerschaft".

Im Zusammenhang mit diesem Thema seien hier die Arbeiten über die **Bakterienflora des Uterus bei Myom und Karzinom** erwähnt. Nach den bakteriologischen Untersuchungen von Bland-Sutton (14) enthält die Uterushöhle bei Frauen mit Uterusmyom und -Karzinom mehr Bakterien als bei Frauen ohne diese Affektion. Beim submukösen Myom ist dieser Bakteriengehalt durch das Bestreben des Uterus bedingt, den Fremdkörper auszustossen, wodurch die Portio geöffnet und den Bakterien der Eintritt erleichtert wird. Bondy (cf. Küstner 91) hat Bakterienfärbung von Schnittpräparaten eines nekrotischen Tumors gemacht und gefunden, dass Streptokokken in grossen Mengen in Lymphspalten von der nekrotischen Oberfläche bis tief ins Gewebe eingedrungen und zum Teil embolisch verschleppt waren. Die Anschauung von einer „Saprämie" bei nekrotischem Myom ist nach seiner Ansicht unhaltbar. Latzko (96) hat den Eiter aus den Abszessen in einem Myom untersucht, aber weder durch Züchtung, noch durch Färbung Mikroorganismen nachweisen können. Jedoch wurden auf der Korpusschleimhaut des seit Jahren nicht puerperalen, instrumentell vorher nicht berührten Uterus Streptokokken gefunden. Die Annahme einer Einwanderung von Keimen in dem Myom vom Darm aus hält Vortragender in diesem Falle nicht für berechtigt. Er führt sie auf eine vor zwei Jahren überstandene Angina zurück. Leist (98) definiert den Begriff der Verjauchung bei Myomen als Mischinfektion von Fäulniserregern mit virulenten pathogenen Keimen und stellt die Vorbedingungen zu einem chirurgischen Eingriff unter diesen Umständen fest. Auch Webb (182) hat sich eingehend mit der Bakteriologie der Uterushöhle bei Fibromyomen beschäftigt. Deaver (35) glaubt, dass die mechanischen Störungen, welche bei unregelmässigem Wachstum des myomatösen Uterus auftreten, leicht einen Zustand herabgesetzter Gewebsernährung des Endo- und Myometriums herbeiführen und damit eine verminderte Widerstandsfähigkeit gegen Infektion schaffen können.

Die **Komplikation von Uterusmyomen durch Phlebitis** hat Duvergey (44) studiert. Sie trat in seinem Material von 270 Fällen fünfmal, d. h. in 1,6% auf, die postoperativen Phlebitiden natürlich nicht mitgerechnet. Meist ist die Vena iliaca ext. das betroffene Gefäss; es kann aber auch die Vena iliaca int. oder die Vena iliaca comm. sein. Die Entstehung der Phlebitis ist auf Kompression und Infektion zurückzuführen. Diagnostisch können unter Umständen Phlebektasien an den Beinen verwertet werden, ja diese können erst auf das Vorhandensein eines Uterusfibroms hinweisen. Prognostisch ist besonders das Vorkommen von Embolien zu fürchten, wenn die mit Phlebitis komplizierten Fibrome operativ entfernt werden. Ein Fall verlief aber auch ohne Operation durch **Embolie** tödlich.

Zystische Degeneration von Uterusmyomen fanden v. Arx (5), Brohl (23), Deaver (35), in 36% von etwa 60 Fällen), Frankl (50), Gussakow (61), Kayser (85), v. Lingen (105; Riesentumor), Meriel (117), Nicolsky (124) und Rosenstein (146). **Verkalkung:** Binet (13 b), Deaver (35; in 2,4% von etwa 60 Fällen), Ferguson (47 u. 48), Friedrich (53), Goullioud (59; mit Diskussion über die Ursache der Verkalkung), Nadal (122), Nicolsky (124), Pankow (128) und Strassmann (169). Einen Fall von **schleimiger Entartung** publiziert Diamand (39).

Lindqvist (104) hat einen Fall von **tuberkulöser Degeneration von Uterusadenomyom** bei Urogenitaltuberkulose gesehen und auch Constantini (27), Pampanini (127a) und Unterberger (180a) veröffentlichen Fälle von Myom des Uterus mit Uterus-Adnextuberkulose kompliziert.

Betreffs besonderer, mehr oder weniger **seltener Formen von Myomen** sei auf folgende Befunde hingewiesen.

Fibromyoma teleangiectodes uteri: v. Arx (5), v. Lingen (105).

Adenomyome: Bazy (13; Übergreifen auf das Rektum), Bland-Sutton (16; Übergang auf das Rektum); Constantini (27; kombiniert mit Uteroadnextuberkulose), Hellier and Stewart (70), Jacobs (79; Literatur!), Lamacchia (94), Littlewood and Stewart (106), Lockyer (107; Übergreifen auf das Rektum), Schwartz (159; Übergang auf das Rektum), Weishaupt (184) und Young (188). Manche Autoren halten diese Tumoren für sehr malign und exstirpieren so ausgedehnt wie möglich mit Resektion des Rektums; andere halten sie für benigne Geschwülste, die, auch wenn sie nicht totalexstirpiert werden, von selbst verschwinden, keine Rektumexstirpation erfordern und keine Metastasen machen. Über die **Adenomyositis uteri** siehe unter „Sonstiges".

Fibroxanthosarkom: Dietrich (41).

Besonders gefässreiche Myome: Shaw (162; mit Atherom der Arterie).

Cervixmyome: Bertoloni (13a), Boldt (18), Brewis (20), Brin (22), Delmas (38), Friedrich (53; das Myom war ins Ligamentum cardinale entwickelt und allmählich ins Parametrium geboren, so dass es schliesslich mit der Cervix gar keinen Zusammenhang mehr hatte), Rabinovitz (140), Rosenstein (146), Schild (154), Sfameni (161)), Simson (163), Stark (167), Szymanski (170), Unterberger (180) und West (185).

Intraligamentäre Entwickelung: Alfieri (2a), Friedrich (53), Lea (97), Meriel (117).

Besonders schnelles Wachstum: Crousse (30), Jellett (81), Lea (97).

Über die **spontane Ausstossung submuköser Myome** hat Müller (121) eine Dissertation geschrieben, Cookson (28) und Zancla (190) haben solche Fälle kasuistisch beschrieben.

Was die besonderen **klinischen Symptome** der Myome betrifft [Bland-Sutton (15)], seien hier nur die Arbeiten, die sich mit dem **störenden Einfluss der Myome auf Nachbarorgane** befassen, erwähnt. Am meisten ist die Blase betroffen. Barbour (10) beschreibt einen retrovertierten, im Becken eingeklemmten myomatösen Uterus, der starke Dislokation der Blase hervorgerufen hatte. Ähnliche Fälle wurden von Binet (13 b), Delmas (38), Ferguson (47), Kayser (85), Marschner (112), Oui (127), Pellegrini (131), Rosenstein (146) und Unterberger (180) publiziert. Nach Deaver (35) deuten Beschwerden beim Vorhandensein eines Fibroms stets auf andere, noch vorhandene **Komplikationen im Unterleib** hin. Sehr oft sind Myome von chronischer Endometritis, chronischer Metritis, Salpingitis, Oophoritis, Pelveoperitonitis usw. vergesellschaftet. So beschreibt Lea (97) einen und Pankow (128) drei Fälle von Myomen, die zu auffallenden Darm- und Peritonealerscheinungen, meist infolge entzündlicher Verwachsungen, geführt haben. Sadlier (148) fand überhaupt, dass die grosse Häufigkeit von Komplikationen (nach Nobel unter 2274 Fällen in 68%) bei Myomen viel zu wenig gewürdigt wird und teilt fünf Fälle mit, bei denen nur durch sofortige Operation die **Rettung** gelang.

Auch **Stieltorsion** gibt in vielen Fällen eine dringliche Indikation zur sofortigen Operation ab. Barber (9), Bougot (19), Cova (29; mit besonderer Berücksichtigung der Ursachen der Stieldrehung), Nicolsky (124; einmal auf 134 Myome), Oui (127), Pankow (128), Poth (135; Literatur!), Pozzi et Rouhier (138) und Reblaud (141; keine Erscheinungen!) beschreiben Fälle dieser Komplikation. Henkel (71) erklärt eine von ihm beobachtete ausserordentlich starke **Aszites** bei einem gutartigen, aber stielgedrehten Myom in der Weise, dass das Peritoneum gereizt und dadurch die Lymphgefässstigmata verlegt wurden; infolge Behinderung der Resorption soll sich der Aszites entwickelt haben. Küstner (91) beschreibt einen nekrotischen, überfaustgrossen Tumor, welcher breitgestielt in der Gegend des Nabels sass. Der Stiel zeigte fibrösen, zum geringsten Teil häutigen Charakter. Das überreiche Kontingent, welches glatte Muskulatur stellte und der Umstand, dass die linke Kante des Uterus unmittelbar dahinter fest adhärent war, lassen an die Möglichkeit denken, dass die Geschwulst ein subseröses Myom ist, welches vielleicht stieltorquiert adhärent wurde und dann die Bauchdecken in der Nabelgegend durchbrach.

Über die **Komplikation von Myom mit Schwangerschaft,** sowie über **Sterilität und Fertilität von Myomkranken** siehe das Kapitel „Myom und Schwangerschaft".

Was die **Behandlungsmethoden der Uterusmyome** betrifft, werden diese von Bland-Sutton (15), Deaver (35), Healy (69), Hoffmann (74), Schauta (152) und Schindler (156) in zusammenfassenden Abhandlungen, die sich vielfach auch mit der Indikationsstellung befassen, abgehandelt. Domaschewitsch (42) empfiehlt zur **Blutstillung bei Myomen** täglich wiederholte intrauterine Injektionen mit 90° denaturiertem Spiritus; Maximum 30 mal. Schmerzen und Komplikationen wurden nicht beobachtet. Die Blutung sistiert gewöhnlich im Laufe von drei Monaten bis drei Jahren (! Ref.). Die Injektionen sollen bei allen schwachen Kranken als Vorbereitung zur Operation angewendet werden, kann dieselbe aber in Fällen, wo schnelle und radikale Heilung nötig ist, nicht ersetzen. Germann (56) und Larin (95) hatten beide bei Myomen angeblich gute Erfolge mit **Mammin Poehl** (beides russische Arbeiten); Asch (cf. Röntgenbehandlung der Myome, 11) hält unter Umständen die Apostolische Behandlung für nützlich; Toledano (174) hat von der elektrischen Behandlung nie Erfolge gesehen. Einzelne Arbeiten, die sich mit den **physikalischen Behandlungsmethoden** in der Gynäkologie befassen, sind im Abschnitt: „Röntgentherapie der Myome" erwähnt, u. a. Frankl (44) und Franz (45).

Mit der **Indikationsstellung zur Operation** und besonders deren **Abgrenzung gegen die Strahlentherapie** befassen sich zahlreiche Arbeiten, die zum grössten Teil im Kapitel „Strahlentherapie der Myome" erwähnt sind. Hier sei aber auf einzelne, die vom chirurgischen Standpunkt wichtig sind, hingewiesen. Dartigues (31) betont im Zusammenhang mit einer Fibromyomektomie wegen eines am Fundus inserierten Polypen die Vorteile der konservativ-chirurgischen über der Radiotherapie für derartige Fälle. Nach Deaver (35) soll jedes Myom, wenn es in irgendwelcher Weise Komplikationen hervorruft, sofort entfernt werden. Es darf nicht gewartet werden, bis die Menopause eintritt, denn die Komplikationen werden nach Eintritt derselben eher grösser. Die Röntgentherapie ist für tiefsitzende Tumoren effektlos. Falgowski (45) befürwortet sehr die konservative Tendenz bei der Operation des Uterusmyoms. Sie stellt, nach Falgowskis Fällen, bei 0 Mortalität und 0 Morbidität die ovarielle Funktion und eine teilweise oder völlige Menstruation sicher. Demgegenüber sei die Röntgentherapie langwierig, quälend und teuer. Giles (57) ist sehr für Frühoperation; sie erlaubt oft eine Myomektomie, während nach langem Abwarten meist Hysterektomie gemacht werden muss. Nach der Menopause verschwinden nicht alle Symptome: Schmerzen und Druckerscheinungen bleiben, die Tumoren nehmen nicht immer an Grösse ab. Auch Hall (62) gibt mehrere Gründe, die die Frühoperation bei Uterusmyom ratsam erscheinen lassen. Löwit (108) weist an der Hand zweier Präparate auf die Schwierigkeit der Abgrenzung der Indikation zwischen radiologischer und operativer Myomtherapie. Manton (111) glaubt an einen Zusammenhang zwischen Korpuskarzinom und Myom, hält deswegen auch die Uterusmyome für nicht gutartige Geschwülste und will sie alle sobald wie möglich aus dem Körper entfernt wissen. Subseröse und kleine intramurale können enukleiert werden, alle, die die Schleimhaut berühren, erfordern die Uterusexstirpation. Dagegen betont Miller (cf. „Strahlentherapie der Myome", 121), dass eine prinzipielle Operationsbehandlung der Myome aus Furcht vor Sarkom unberechtigt ist. Mennerich (116) hat in seiner Dissertation einen Beitrag geliefert zur Wertbeurteilung der Ovarienexstirpation bei Myoma uteri und ihre Beziehung zur Ovarienröntgenisation. An dieser Stelle sei erwähnt, dass von verschiedenen Seiten auf die Unzulänglichkeit der **Kastration als Behandlungsmethode** der Myome hingewiesen wird [Leo (100), Rodler-Zipkin (145)]. Sadlier (148) erwähnt einige Komplikationen der Uterusmyome (intraperitoneale schwere

Blutung aus einer Arterie auf der Kuppe eines subserösen Myoms; Sepsis durch ein kindskopfgrosses, stielgedrehtes, submuköses Myom; beginnende Peritonitis durch Nekrose eines subserösen Myoms), die eine frühzeitige Diagnose und sofortige Operation erforderten. Auch Schauta (152) befasst sich eingehend mit der Indikationsstellung zur palliativen, operativen und Strahlenbehandlung der Myome. Er nennt die Röntgenbehandlung eine unblutige Kastration, die als ein wertvoller therapeutischer Gewinn anzusehen ist. Sie soll aber nicht an die Stelle der operativen Behandlung gesetzt werden, sondern man muss eine sorgfältige Auswahl der Fälle treffen.

Als **Mortalitätsprozent der operativen Behandlung** wird von Falgowski (45) angegeben 0% (78 Fälle), von Deaver (35) 0,1%, von Fleischmann (49) 1,7 (Spitalpraxis 2) % (für die abdominelle Totalexstirpation 5,2%, für die supravaginale Amputation 0,73%, für die abdominale konservative Operation 6,2% und für die vaginalen Operationen 0%, berechnet nach 293 Operationen der letzten fünf Jahre), von Giles (57) 2,7% (575 Fälle, nur Laparotomien), von Miller (120) 4—5%, von Schauta (152) 0% (die letzten 100 Fälle) und von Popow (134) 3,4% (auf 116 Fälle).

Natürlich fehlt es auch an Vorschlägen bezüglich der **operativen Behandlung** und an Empfehlungen **neuer Operationsverfahren** beim Myom nicht. Bandler (8) hat eine neue Methode zur Verhütung der Cystocele nach vaginaler Uterusexstirpation angegeben. Dartigues (32 u. 34) teilt die Technik einer von ihm mit dem Namen „konservative transvaginale Fibromyomektomie durch vordere Kolpotomie" belegten Operation mit. Delaunay (36) macht wegen der Gefahr des Einreissens eines unerkannt gebliebenen Karzinoms prinzipiell nie eine subtotale, sondern immer die totale Exstirpation des Uterus. Freund (51) hat zur Erhaltung von Uterus- und Ovarialgewebe und der Menstruation zwei partielle Myomoperationen angegeben: die „totale Keilresektion des Uterus" und die „Abkappung des Uterus". Hamm (63) gibt in einer Dissertation operationstechnische Betrachtungen über vaginale Myomoperationen auf Grund von 374 Fällen vaginaler Myomoperationen. Bland-Sutton (17) behandelt die Komplikationen der Uterusexstirpation wegen Myomen von seiten der übrigen Organe und das beste Verhalten ihnen gegenüber. Dartigues (33) hat bei einer abdominalen Hysterektomie in einem Falle von Uterusmyom, kombiniert mit Karzinom der Cervix, mit Erfolg die Angiotrypsie angewandt durch temporäres Abklemmen. Jacobovici (77) beschreibt die „Myohysteropexie". Jayle (80) musste wegen eines grossen Myoms bei einer jungen Frau einen etwa 2,5 cm breiten Streifen der Uteruswand entfernen, so dass die beiden Hälften ganz voneinander getrennt waren und nur noch durch die Muskulatur der vorderen Wand des Uterus zusammenhingen. Die Stücke wurden wieder vereinigt und Patientin heilte ungestört; die Regel tritt immer regelmässig ein und ohne Beschwerden. Jung (82) teilt seine Erfahrungen über die vaginale Korpusamputation, die „Defundatio uteri" nach Rieck (142) mit. An einen Vortrag von King (86) schliesst sich eine Diskussion an, ob man abdominal oder vaginal operieren soll, totale Hysterektomie machen oder supravaginale Amputation. v. Kubinyi (98) beschreibt ausführlich die Verfahren nach Chrobak, Faure, Doyen, Kelly, Segond, Terrier usw. zur Ausführung schwerer abdominaler Hysterektomien. Leist (98) gibt das operative Verhalten an und die Prognose bei verjauchten Myomen. Patel (130) hat bei einer Sektion feststellen können, dass einige Monate nach einer abdominalen Enukleation sich der Uterus vollkommen normal zurückgebildet hatte. Rindfleisch (143) hat ebenso wie Rieck (142) eine neue Methode der Amputatio corporis uteri supravaginalis per vaginam resp. laparotomiam angegeben. Verf. hält es für möglich, dass nach seiner Methode Serien von glücklich verlaufenden Operationen zu erzielen sind, wie sie bisher bei Myomen noch nicht erreicht wurden, und dass dadurch die Operation der Röntgenbehandlung wieder starke Konkurrenz machen dürfte. Nach Schauta (152) ergibt die konservative Operationsmethode beim Myom ein um 5—7% schlechteres primäres Resultat wie die radikale, mit 14% Rezidive. Der wichtigste angestrebte Erfolg konservativer Enukleation, nämlich die Gravidität, tritt selten ein, die Schwangerschaft wird nicht selten durch Abortus unterbrochen und am Ende der Schwangerschaft neigt der in seiner Substanz geschädigte Uterus zur Ruptur. Was die Abschätzung der vaginalen gegenüber den abdominalen Myomoperationen betrifft, sind die Erfolge der abdominalen Operationen so sicher geworden, dass man den umständlichen, schwierigen und auch bezüglich der Nachbehandlung komplizierten vaginalen Weg seltener betreten braucht, ohne ihn deshalb völlig zu verlassen. Nach Sfameni (161) soll man nicht die vaginale Hysterektomie machen bei Uterusfibromen mit intrazervikaler Entwickelung. Das periuterine Gewebe — Retinaculum uteri von Jacobs — hat sich in solchen Fällen verkürzt und ist oft so straff geworden, dass Herunterziehen des Uterus und Fassen der Gefässe unmöglich geworden ist. Nur subtotale Amputation des Uterus ist in solchen Fällen möglich. Thorn

(172) hat Rezidive nach **Myomenukleation** gesehen. Die Enukleation passt nur für solitäre Myome und kann vaginal wie abdominal nur beschränkte Anwendung finden, will man nicht das Nachwachsen riskieren. Tweedy (177) hat bei einer vaginalen Enukleation eine Inversio uteri erlebt.

Falgowsky (45) und Healy (69) erhalten die Cervix bei der Uterusexstirpation; Furcht vor späterem Portiokarzinom soll kein logischer Grund zur Mitentfernung derselben sein. Dagegen haben Hansen (65), Kaarsberg (83), Ladinski (93), Leonard (101), Manton (111), Meyer (118), Thorn (173), Travis-Gibb (176) und Wiecki (187) nachträglich **maligne Degeneration im Cervixstumpf nach Amputation des Uterus** konstatieren können.

Grössere **Operationsstatistiken** sind von Bland-Sutton (15), Deaver (35; ca. 60 Fälle), Fenwick (46; 600 Fälle), Falgowski (45; 78 Fälle), Fleischmann (49; 293 Fälle), Hamm (63; 374 vaginale Operationen), Kleinmann (87; 143 Fälle) und Popow (134; 116 Fälle) veröffentlicht worden.

Über die **Koinzidenz von Myomen mit meist malignen Tumoren anderer Organe** sind Publikationen von Chambers (25), Nicolsky (124), Mandl (110) und Perrin (132) erschienen. Stilling und Beitzke (168) haben Uterustumoren bei Kaninchen studiert. Transplantationsversuche blieben völlig erfolglos.

Strahlentherapie der Myome.

(S. a. „Strahlentherapie der Karzinome" und für die Technik: Kap. II. „Elektrizität usw.")

a) Röntgentherapie.

1. Albers-Schönberg, H., E. Ergebnisse der Röntgentherapie der Myome. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 19. Heft 5. p. 331. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 16. p. 594.
2. — — Der augenblickliche Stand der Röntgentherapie der Myome. Ärztl. Verein in Hamburg. Sitzg. vom 25. März. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 13. p. 730. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 23. p. 1123. (Auf Grund eigener Erfahrungen und 796 bis zum 1. Januar 1913 veröffentlichten Fällen kommt Vortragender zu folgenden Schlussfolgerungen: 1. Die gynäkologische Tiefentherapie ist aus der Tatsache hervorgegangen, dass die Röntgenstrahlen eine ausgesprochen deletäre Einwirkung auf die männlichen und weiblichen Keimdrüsen haben. 2. Die Einwirkung auf die Myome ist in erster Linie eine ovarielle, sodann findet mit Sicherheit in einem nennenswerten Prozentsatz eine direkte Einwirkung auf die Tumorzellen, gekennzeichnet durch Verkleinerung und Verschwinden der Geschwulst, statt. 3. Die durch die Myome hervorgerufenen Beschwerden werden vielfach wesentlich gebessert oder ganz behoben. Die Blutungen werden in normalen Menstruationstyp übergeführt. Oligomenorrhoe oder Amenorrhoe werden erreicht. Das Allgemeinbefinden bessert sich, die Ausfallserscheinungen sind meist gelinde. 4. Der Prozentsatz vollständiger Heilungen ist ein hoher. Dauerheilungen sind in geeigneten Fällen mit Sicherheit zu erzielen, eine Anzahl von Myomen verhält sich refraktär. 5. Nicht alle Myome eignen sich für die Röntgenbestrahlung. Indikationen, die sich in weiteren und engeren Grenzen bewegen, sind aufgestellt worden und werden im allgemeinen anerkannt. Ein grosser Prozentsatz der Myome bleibt nach wie vor der Operation vorbehalten. 6. Die Gefahren für die Haut lassen sich durch eine geeignete Technik auf ein Minimum beschränken. Ob Spätschädigungen zu befürchten sind, muss die Zukunft lehren. — Siehe auch Mohr, Nr. 122.)
3. — — Röntgenologische Tiefentherapie. IV. Intern. Kongr. f. Physiotherapie (26. bis 30. März) in Berlin. Ref. Zeitschr. f. phys. u. diät. Therapie. Heft 7. p. 431. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 17. p. 950. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 17. p. 604. Als Original erschienen in d. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 20. Heft 2. p. 93—104. (Es werden nur soviel Strahlen appliziert, wie unbedingt zum vollen Erfolg erforderlich sind, ohne Rücksicht auf die kürzere oder längere Behandlungsdauer. Die Dosis von Albers-Schönberg beträgt durchschnittlich 60—100 X, ihr Maximum 390 X. Es wird im Abstand von 38 cm Rücken und Bauch bestrahlt. Was die ausgebluteten Patientinnen anlangt, so sollen sie bestrahlt werden, jedoch nur in der Klinik, wo zur Tamponade und Operation alles bereit ist. Die Einwirkung geht von den Ovarien aus, später ist eine direkte Wirkung auf die Tumorzellen zu beobachten. Vortragender sah in 45% Verkleinerung,

in 18% völliges Verschwinden der Myome, zweimal wuchsen sie. Das Ziel der Therapie muss bei jüngeren Frauen Oligomenorrhoe, bei älteren Amenorrhoe sein. Bei langsamer Überführung in die Menopause sind die Ausfallserscheinungen nur gering. Andauernd niedrige Hb.-Werte trotz Aufhören der Blutungen erwecken den Verdacht auf maligne Neubildung. Die französischen Mitteilungen über Atrophien der Magendarmdrüsen, sowie der blutbildenden Organe im Gefolge langdauernder Röntgenbestrahlung mahnen zur Vorsicht. Vortragender verfügt über 78% Heilungen.)

4. Albers-Schönberg, H. E., Le traitement radio-thérapeutique des fibromes utérins. Arch. d'électr. méd. 10 et 25 Avril. Ref. The Brit. med. Journ. Nr. 2734. May 24. Ep. of curr. med. litt. p. 83.

5. — — Roentgen- and Radiumtherapy in gynaecology. XVII. Intern. Med. Kongr. in London (6.—12. August). Ref. The Lancet. Nr. 4695. August 23. p. 559. The Brit. med. Journ. Nr. 2747. August 23. p. 451—452. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 37. p. 2080 u. Nr. 40. p. 2259. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 38. p. 1863. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 38. p. 1786. Ann. de gyn. et d'obst. Tome 10. Sept. p. 524—540 (sehr ausführlich). Wiener med. Wochenschr. Nr. 46. p. 2978. Wiener klin. Wochenschrift. Nr. 45. p. 1875. (Mitteilung der Technik der Hamburgermethode und der Resultate an der Hand von Tabellen. Röntgenstrahlen haben einen deletären Einfluss auf die männlichen und weiblichen Geschlechtsorgane, wirken aber auf Myome auch direkt ein. Die meisten Myome verschwinden nicht durch die Bestrahlung, aber die krankhaften Symptome werden in der Mehrzahl der Fälle ganz geheilt. Nur einzelne Tumoren verhalten sich der Bestrahlung gegenüber refraktär und bleiben also für die Operation erhalten. Vortragender versucht mit der kleinsten Strahlenmenge auszukommen. Nach der ersten oder zweiten Strahlendose nimmt oft die Blutung zu.)

6. Alexandrow, F. A., Die Behandlung des Uterusfibromyoms, eine Aufgabe der modernen Gynäkologie. Nowoje w Med. Nr. 1—2. (Unter dem Einfluss der Röntgentherapie werden die Tumoren kleiner, ihre Konturen heben sich deutlicher ab. Die Strahlen beeinflussen nicht nur die Eierstöcke, sondern auch das Gefässsystem, indem sie das Kapselödem um das Fibromyom zum Verschwinden bringen. In diesem Sinne lässt sich eine Parallele zwischen Röntgenisation und Galvanisation aufstellen. Diese Auffassung der Röntgenstrahlenwirkung gibt auch eine Erklärung der Tatsache, dass submuköse Myome unbeeinflusst bleiben [keine Kapsel]). (H. Jentter.)

7. — Die Röntgenbehandlung der Uterusfibromyome. Journ. akusch. i shensk. bolesn. Nov. p. 1517—1528. (Alexandrow bringt drei Krankengeschichten. In allen Fällen wurde bedeutende Schrumpfung der Tumoren beobachtet. Im ersten trat Oligomenorrhoe, im zweiten Amenorrhoe ein. Im dritten Falle fiel auf, dass das Cervixödem schwand und der Tumor kleiner und härter wurde. Im allgemeinen ist die Röntgentherapie ein unschätzbarer Heilfaktor. Die Myome werden kleiner, die Blutungen sistieren. Die Kranken vergessen ihr Leiden. Der Allgemeinzustand wird gehoben; die Anämie vergeht.) (H. Jentter.)

8. — und Weomel, Die Behandlung der Uterusfibromyome mit Röntgenstrahlen. Wratsch. Gaz. Nr. 47. Sitzungsber. d. phys.-therap. Ges. zu Moskau. (Ausser der Wirkung der Röntgenstrahlen auf das Ovarialgewebe muss ein unmittelbarer Einfluss auf das Fibromyom selbst anerkannt werden. Anatomisch wird bedeutende Verkleinerung des Tumors erzielt, klinisch Amenorrhoe und Oligomenorrhoe. Völliger Schwund der Geschwulst wurde nicht beobachtet. Ausser Beeinflussung von Myomen kam Resorption tuberkulöser Infiltrate zur Beobachtung.) (H. Jentter.)

9. Altschul, W., Der derzeitige Stand der Strahlentherapie. Verein deutscher Ärzte in Prag. Sitzg. vom 12. Dez. Ref. Wiener klin. Wochenschr. 1914. Nr. 3. p. 67. Als Original erschienen in Prager med. Wochenschr. 1914. Nr. 9. (Übersicht.)

10. Arcelin. Traitement des fibromes par la radiothérapie. Technique et résultats. Journ. de méd. interne. Nr. 21. Juillet. p. 201—204. (Erfahrungen an 10 Patienten im Alter von 46—51 Jahren. Meist wurde Schrumpfung des myomatösen Uterus erreicht, jedoch nicht bis zur normalen Grösse. Wirkung auf die Blutungen gut.)

11. Asch, R., Das Apostolische Verfahren und die Röntgentherapie der Myome. Gyn. Ges. zu Breslau. Sitzg. vom 21. Jan. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. Nr. 4. p. 517. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 19. p. 686. (Vortragender verteidigt Apostoli und sein Verfahren, das in der Zeit entstand, bevor Technik und Aseptik einen so grossen Aufschwung genommen hatten. Die Operationsmortalität betrug damals 33%. Das Verfahren leistet jetzt noch bei intrauterinen Blutungen und Menorrhagien infolge von Myom gute Dienste und besonders ohne die Fruchtbarkeit und Ovarialfunktion

herabzusetzen. — Zur Röntgentherapie der Menorrhagien sei noch bemerkt, dass die vorherige diagnostische Ausschabung oft schon an sich die Blutungen zum Stehen bringt und der Erfolg dieses Eingriffes erst abgewartet werden muss.)

12. Ballantyne, J. W., X-Ray treatment of uterine fibroids. Edinb. med. Journ. Vol. 11. Nr. 1. July. p. 75. (Sammelreferat.)

13. Barkla, C. G., Address on secondary X-Ray radiations in medicine. Brit. med. Ass. Meeting in Brighton. July 23—25. Ref. The Brit. med. Journ. Nr. 2754. Oct. 11. p. 907—908. (Nicht speziell gynäkologisch und vorwiegend technisch.)

14. Baumm, P., Röntgentherapie der Myome. Gyn. Ges. zu Breslau. Sitzg. vom 21. Jan. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. Heft 4. p. 516. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 19. p. 685. (Baumm vergleicht die Röntgen- mit der jetzt ganz eingeschlafenen operativen Kastrationstherapie der Myome. Hoffentlich geht es mit der Bestrahlung nicht wie mit dem Apostolischen Verfahren, das heute ganz vergessen ist.)

15. Becker, Ph. F., Was soll der Nicht-Röntgenarzt über das X-Erythem wissen? Deutsche med. Wochenschr. Nr. 11. p. 510—513.

16. Béclère, H., Röntgenbestrahlung der Uterusmyome. XVII. Int. med. Kongr. in London. 6.—12. August. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 37. p. 2082. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 38. p. 1863. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 38. p. 1787. Revue mens. de gyn., d'obst, et de péd. Nr. 11. Nov. p. 680. Als Original erschienen in Fortschritte a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 21. Heft 3. p. 284—290. Arch. d'électr. méd. Tome 21. p. 353. La Gynéc. Heft 10. Oct. p. 577—589. (Béclère hatte bei 66 Myomfällen, die er bestrahlte, in 64 Fällen einen vollkommenen Erfolg. Seit er mit stärkeren Strahlen arbeitet, erzielt er den gewünschten Effekt viel rascher. Genaue Angaben über Art und Grösse der Tumoren, Alter der Patienten, Technik und Dauer der Bestrahlung und schliesslich über die Erfolge der Behandlung in mehreren ausführlichen Tabellen zusammengefasst. Die Wirkung der Röntgenstrahlen auf die Myome soll vielmehr auf direkter Beeinflussung des Tumorgewebes, wie auf solcher der Ovarien beruhen.)

17. Bégouin, P., Dangers de la radiothérapie dans les fibromes utérins. Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux. Séance du 11 Juillet. Ref. La Sem. méd. Nr. 45. p. 535. La Presse méd. Nr. 68. p. 692. (In zwei Fällen traten bei 56jährigen Frauen nach wöchentlichen Bestrahlungen von etwa 20—30 Minuten in der vierten Woche schwere Allgemeinerscheinungen auf: Anämie, Abmagerung, Temperaturerhöhung, Leibschmerzen, schmieriger Ausfluss, Ödem der Beine. Die eine Frau heilte durch Aussetzen der Bestrahlung und Ruhe, die zweite starb trotzdem sechs Tage nach der vierten Bestrahlung. Diskussion: Chavannaz glaubt, die Fibrome wären vorher schon nekrotisch gewesen.)

18. Berdez, Über die Röntgentherapie der Myome. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 20. Heft 4. p. 393—397. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 37. p. 1726. (Es wurden im ganzen 82 Fälle von Fibromyomen bestrahlt. Die Erfolge sind stets befriedigende gewesen. Um das Ovarium radiosensibler zu machen, benutzte Verf. die physiologische Hyperämie, d. h. er bestrahlte seine Patientin während der Menses. Technisches siehe Ref. Kap. 2 „Elektrizität" usw.)

19. Bordier, H., I progressi della radioterapia in ginecologia. Annali di elettric. med. e terap. fis. Nr. 2. — Les progrès de la radiothérapie en gynécologie. Presse méd. d'Egypte. Juillet. p. 1952. (Für die Behandlung der Uterusfibrome kommt die Röntgenbestrahlung besonders in den Fällen in Betracht, die sich für die operative Behandlung weniger eignen, d. h. für ältere Frauen, während für junge Frauen (bis zu 30 Jahren) die Hysterektomie vorzuziehen ist. Allerdings sind mit dieser alle Nachteile (Ausfallserscheinungen) der verstümmelnden Operation verbunden. Beschreibung einer neuen Technik der Röntgenbestrahlung. Besprechung der Indikationen und Kontraindikationen. Die Röntgenbehandlung wirkt besonders günstig in den mit starken Blutungen einhergehenden Fällen, wie sie sich auch bei klimakterischen Blutungen bewährt. Kontraindiziert ist die Röntgenbehandlung dagegen bei zystischen Myomen, malignen Myomen, eitrigen und gangränösen Prozessen, besonders bei Komplikation mit Pyosalpinx.)

20. — Die Fortschritte der Röntgentherapie in der Gynäkologie, ihre Vorteile, genaue Technik, Indikationen und Kontraindikationen, Resultate, Zukunft. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 20. Heft 1. p. 1—8. Bull. et mém. de la Soc. de radiol. méd. de Paris. Année 5. Nr. 44. p. 120—131. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 21. p. 985. (Bordier hat das vielfach gefürchtete Altern und Entstehen von Fettleibigkeit bei

bestrahlten Patientinnen nie beobachtet, Die gefürchteten Spätreaktionen im Sinne von Spéder hält er für ausgeschlossen, wenn man sich seiner Technik bedient, die nicht über 4—6 Bestrahlungsserien geht, und mit steigender Serie das Filter verstärkt. Die Erscheinungen der Menopause waren bei ihm stets gering.)

21. — Action biochimique des radiations et en particulier des radiations de Röntgen. IV. Intern. Kongr. f. Physiotherap. in Berlin. 26.—30. März. Als Original erschienen in Revue de Méd. Nr. 10. Oct. p. 784—815. Arch. d'électr. méd. Nr. 335. p. 289—314. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 20. Heft 2. p. 202—220.

22. Borell, H., Klinische Untersuchungen über die Erythemgrenze bei gynäkologischer Röntgentiefentherapie mit stark gefilterten Strahlen. Strahlentherapie. Bd. 2. Heft 2.

23. Bouchacourt, L., et H. Chéron, Action de la radiothérapie et de la radiumthérapie sur les fibromes de l'utérus. Soc. de radiologie méd. de Paris. Séance de Mai. Ref. Bull. de la Soc. de radiol. méd. de Paris. Nr. 42. p. 78—87. La Presse méd. Nr. 43. p. 434. The Brit. med. Journ. Nr. 2730. April 26. Epit. of current med. litt. p. 67. (Vortragende empfehlen die Kombination der beiden Methoden. Diskussion: Haret hat in 40 Fällen niemals die Verstärkung der Blutung zu Anfang der Behandlung beobachtet. Béclère hebt als Hauptunterschied zwischen der Röntgen- und Radiumbestrahlung hervor, dass letztere in für Röntgenbestrahlung unzugängliche Körperhöhlen angewendet werden kann. Die Radiumsalze seien eine „Taschenausgabe" der Röntgenröhren. Ledoux-Lebard betont die Schwierigkeit der Quantitätsmessung der Radium- wie der Röntgenstrahlen. Charlier teilt einen Fall mit, bei dem durch Röntgenbestrahlung das Myom verschwand und trotzdem die Menstruation bestehen blieb. Jaulin hat bei Frauen über 35 Jahren gute Erfolge gesehen. Bordier teilt seine Indikationen und Kontraindikationen der Myombestrahlung mit. Maunoury hat in drei Fällen trotz aller Vorsichtsmassregeln so starke Hautverbrennungen gesehen, dass er trotz guter Erfolge wieder zur Hysterektomie zurückgekommen ist.)

24. Calmann, Ad., Beiträge zur gynäkologischen Röntgenbehandlung. Geb. Ges. zu Hamburg. Sitzg. vom 4. März. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 20. p. 741. (In den letzten zwei Jahren bis zum Endresultat beobachtete Fälle. Krankengeschichten.)

25. — Disk. zu Prochownick, Beitrag zur gynäkologischen Röntgenbehandlung. Ärztl. Verein in Hamburg. Sitzg. vom 8. April. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 30. p. 1483. (Calmann erinnert an den vor kurzem in der geburtshilflichen Gesellschaft mitgeteilten Fall von Verjauchung und Nekrose submuköser Myome nach Röntgenbehandlung, die zu schwerster Erkrankung und sechs Wochen nach der unter ungünstigen Verhältnissen ausgeführten Operation zum Tode führte. Submuköse Myome scheinen verschieden auf die Bestrahlung zu reagieren, ohne dass wir feststellen können, welche von ihnen nun die Röntgenbehandlung vertragen und welche nicht; das ist eine weitere bedenkliche Schattenseite der an und für sich ausgezeichneten und wohl kaum noch entbehrlichen Bestrahlungstherapie.)

26. Charlier, La radiothérapie des fibromyomes. Bull. et mém. de la Soc. de radiologie méd. de Paris. Anné 5. p. 111—115.

27. Chilaiditis, D., et G. Stavridès, Le traitement des fibromyomes de l'utérus par les rayons X. Ann. de gyn. et d'obst. Tome 10. Mars. p. 152—162. Ref. La sem. méd. Nr. 31. p. 363. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 32. p. 1791. Revue de gyn. et de chir. abd. Tome 21. Nr. 2. p. 151—153. (Die Verff. benutzen die Verschieblichkeit der Haut, um mehr Eintrittsfelder zu gewinnen. Zwei Fälle mit gutem Erfolg behandelt.)

28. Courmelles, F. de, Röntgentherapie der Myome. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 20. Heft 1. p. 9. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 21. p. 984. (Verf. gilt bei den Franzosen als der Begründer der Röntgentherapie der myomatösen Blutungen. Diese geht bis auf den 11. Jan. 1904 zurück. Der Begründer des Verfahrens berücksichtigt bei der Prognose das Alter des Myoms, seine elektrische Widerstandsfähigkeit, sowie die individuelle Empfindlichkeit des Patienten. Myome, die sich wirklich refraktär verhalten, gibt es nach Courmelles nicht. Wenn die anfängliche Wirkung der Röntgenstrahlen nicht vorhält, so wendet Verf. als Ersatz mit Erfolg Radium intrauterin an.)

29. — Röntgentherapie der Uterusmyome. XVII. Intern. Med. Kongr. in London (6. bis 12. August). Ref. The Lancet. Nr. 4695. August 23. p. 559. The Brit. med. Journ. Nr. 2747. August 23. p. 452. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 37. p. 2081 u. Nr. 40. p. 2258. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 38. p. 1863. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 38. p. 1786. Annales de gyn. et d'obst. Tome 10. Sept. p. 540—555 (sehr ausführlich).

Wiener med. Wochenschr. Nr. 46. p. 2979. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 45. p. 1876. Belgique méd. Nr. 40. p. 476. (Vortragender hat seit 10 Jahren Myome mit Röntgenstrahlen behandelt, mit grossem Erfolg. Blutung und Schmerzen verschwinden zuerst, und wenn die Tumoren noch jung sind, verschwinden sie auch selbst. In der Menopause ist die Wirkung der Strahlen am schnellsten. Die Intensität der Bestrahlung wechselt mit der Radiosensibilität der Patienten. Doch kommen auch Misserfolge vor. Kontraindiziert ist die Bestrahlung bei polypösen Tumoren und bei maligner Degeneration derselben. Wenn Röntgenbestrahlung nicht hilft, hat er von Radiumbestrahlung noch gute Erfolge gesehen.)

30. Czempin, A., Disk. zu Haendly: Die therapeutische Verwendung der Röntgenstrahlen in der Gynäkologie. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. Sitzg. vom 13. Dez. 1912. Ref. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 73. Heft 1. p. 320.

31. Czyborra, A., Uterus und Ovarien nach Röntgenbestrahlung. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 28. Juni. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 38. p. 1857. (Auf Verlangen der Patientin Operation. Das Uterusmyom war auf ein Viertel seiner ursprünglichen Grösse zurückgegangen. Mikroskopisch fand sich eine sehr zellarme Uterusmuskulatur und eine auffällige Drüsenarmut der Mukosa; in den beiden sehr kleinen Ovarien fehlten Graafsche Follikel; Primordialfollikel waren vorhanden, jedoch degeneriert und mit einem Detritus unbestimmter Formation gefüllt. Das Bindegewebe beherrschte das ganze Bild. Diskussion: Schütze. Die mikroskopisch gefundenen Veränderungen am myomatösen Uterus sind für eine Röntgenwirkung nicht beweisend, da sie auch sonst vorkommen.)

32. Dieterich, W., Beitrag zur Röntgentherapie in der Gynäkologie. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 21. Heft 2. p. 151—153. (Vorteile der Röntgentherapie: Ungefährlichkeit, Schmerzlosigkeit, Möglichkeit der ambulanten Behandlung, gute Heilerfolge. Indikationen zur Bestrahlung.)

33. Dietlen, H., Zur Röntgenbehandlung in der Gynäkologie. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 20. Heft 1. p. 15—18. (Trachtet mit einem Minimum von Strahlen auszukommen. Mit 80—100 X fast durchschnittlich gute Erfolge und Dauererfolge.)

34. Döderlein, A., Röntgenstrahlen und Mesothorium in der gynäkologischen Therapie. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. Heft 5. p. 553—593. (Siehe unter „Strahlentherapie der Karzinome", b) Radium, Mesothorium.)

35. Dohan, N., Über den derzeitigen Stand der Röntgentherapie. Wiener med. Wochenschrift. Nr. 15. p. 935—944. (Übersichtsreferat, nicht vom gynäkologischen Standpunkte aus.)

36. — Zur Frage der gynäkologischen Röntgenbestrahlung. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 20. H. 4. p. 390—392. (Mit Dosen zwischen 40 und 425 X wurden genügende Erfolge erzielt, mit einer von der üblichen etwas abweichenden Technik.)

37. Eymer, H., Gynäkologie und Röntgentherapie. Berl. Klin. 1912. p. 293. Ref. Therap. Monatsh. Heft 3. März. p. 244. (Anwendungsgebiet und Indikationsstellung. Bei der Behandlung der Myome soll nicht wahllos jeder Fall bestrahlt werden, sondern es müssen zu erhaltende Konzeptionsmöglichkeit, zu vermeidende Ausfallserscheinungen usw. bei der Indikationsstellung berücksichtigt werden. Auch bei entzündlichen Adnexerkrankungen nach Versagen der konservativen Therapie, bei Peritonealtuberkulose usw. wird bestrahlt. Im allgemeinen war der Einfluss gut, auch bei den entzündlichen Adnexaffektionen. Bei Peritonealtuberkulose mit grösseren Pseudotumoren war keine Beeinflussung zu beobachten, bei disseminierter Peritonealtuberkulose wurde — allerdings nach vorhergegangener Laparotomie — ein deutliches Zurückgehen der Erscheinungen beobachtet. Technik nach Albers-Schönberg.)

38. — Die Röntgenstrahlen in Gynäkologie und Geburtshilfe. Ergänzungsbd. 29 der Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Hamburg, Lucas Gräfe und Sillem. Mk. 25.—. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 20. p. 727. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Heft 3. p. 376—377.

39. Foges, A., Röntgentherapie bei Uterusblutungen. Wiener med. Wochenschr. Nr. 16. p. 995—999. (Erfolge an 16 Patienten: 11 vollkommene Amenorrhoen, vier Oligomenorrhoen. Die durch die Kastration bedingten Ausfallserscheinungen waren nicht sehr schwer. Die Kastration durch Röntgenstrahlen ist der operativen Therapie bei Uterusmyomblutungen vorzuziehen. Der bestrahlte Eierstock wird kleiner und verliert seine Graafschen Follikel. Die Elemente der weiblichen Keimdrüse, welche durch innere Sekretion die Funktion des Uterus normal erhalten, werden vernichtet.)

40. Frank, F., Welche Myome eignen sich nicht zur Röntgenbestrahlung? Ges. f. Gyn. u. Geb. zu Köln. Sitzg. vom 8. Juni 1912. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Erg.-Heft. p. 329. (Vortragender legt an Beispielen dar, dass man junge Frauen, bei denen die Erhaltung der Funktion der Ovarien wichtig ist, sowie auch nervöse Individuen und Patienten mit sehr grossen Tumoren nicht bestrahlen soll. Die Bedeutung der Röntgenstrahlen in der Gynäkologie wird überschätzt. Diskussion: Füth hat 14 Fälle behandelt; er hält die Bestrahlung bei Frauen über 40 Jahren für die beste Behandlung. Cramer hat ebenfalls 14 Fälle bestrahlt und in allen Fällen eine beträchtliche Schrumpfung beobachtet, welche allerdings noch nicht immer gleichbedeutend mit einer Verminderung der Blutung ist.)

41. Fränkel, M., Die Röntgentherapie in der Gynäkologie. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 19. Heft 6. p. 412—422. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 21. p. 984. (Vorwiegend technische Abhandlung. Verf. warnt schliesslich vor der forcierten Behandlung der Freiburger Schule und glaubt, dass die ungeahnten Erfolge, welche die Gynäkologie von den Röntgenstrahlen gesehen hat, auch noch auf andere gynäkologische Leiden ausser den Myomen sich erstrecken wird, besonders bei der Dysmenorrhoe, bei der Endometritis und der fakultativen Sterilisierung bei Tuberkulösen.)

42. — Die Technik der Tiefenbestrahlung. IV. Intern. Kongr. f. Physiotherapie. Sitzg. vom 29. März. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 17. p. 950. (Vortragender hat Spätschädigungen nach drei resp. vier Monaten gesehen. Mesothorium wirkt in Kombination mit X-Strahlen besser als allein.)

43. Frankl, O., Zur Technik der Röntgen-Gyniatrie. Geb.-gyn. Ges. in Wien. Sitzg. vom 11. März. Ref. Wiener med. Wochenschr. Nr. 32. p. 2001. Als Original erschienen in d. Gyn. Rundschau. Heft 7. p. 247—249. Ref. Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. Nr. 9. p. 555. (Frankl hat ein Instrumentarium zur abdominalen und eines zur vaginalen Bestrahlung zusammengestellt, welche die Manipulationen bei der Behandlung sehr vereinfachen und eine ziemliche Sicherheit in der Vermeidung unangenehmer Folgeerscheinungen gewährleisten.)

44. — Les méthodes physiques de traitement en gynécologie. Paris, A. Maloine (62 Abbildungen).

45. Franz, K., Die physikalischen Behandlungsmethoden in der Gynäkologie. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 5. p. 137—144. (Fortbildungsvortrag. Resultat der Myombestrahlung der Charité-Klinik: Von 111 Myomfällen sind 59,3% amenorrhoisch geworden, die Blutungen haben in den übrigen Fällen wesentlich nachgelassen. Es sind aber noch manche darunter, die weiter bestrahlt werden; man wird wahrscheinlich auf eine Amenorrhoezahl von 83% hinauskommen. Eine absolut sichere Verkleinerung der Tumoren ist in 25% nachgewiesen worden. — Technik.)

46. Freund, H., Gynäkologische Streitfragen: 3. Operation und Röntgenbestrahlung der Myome. Stuttgart, Ferd. Enke (47 Seiten). (Die Sichtung des operativen Materials von 500 Fällen ergibt, dass etwa 290 von vornherein der Operation zufallen müssen, und zwar wegen der gleichzeitig bestehenden Komplikationen (Adnextumoren, Malignität, Nekrose, gleichzeitige Schwangerschaft u. a. m.). Höchstens ein Drittel der Fälle hätte bestrahlt werden können. An der operativen Behandlung der Myome hält Freund als dem sichersten Verfahren bis jetzt fest, bedient sich aber in geeigneten Fällen der Röntgenbestrahlung.)

47. Friedrich, Röntgentherapie in der Gynäkologie. Gyn. Ges. zu Breslau. Sitzg. vom 21. Febr. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. Heft 4. p. 515. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 19. p. 685. (Erfahrungen der Klinik L. Fraenkel. Technisches. Es liegen 13 abgeschlossene Beobachtungen vor; die Resultate sind noch keine besonders günstigen. Von vier Myomen wurden zwei erfolglos bestrahlt (300 X) und mussten operiert werden; eines wurde gebessert und eines geheilt. Zwei Frauen mit Pruritus vulvae wurden beschwerdefrei.)

48. Gauss, C. J., Röntgenologische Tiefentherapie. IV. Intern. Kongr. f. Physiotherapie. (26.—30. März) in Berlin. Ref. Zeitschr. f. physik. u. diät. Therapie. Heft 7. p. 431. Strahlentherapie. Bd. 2. Heft 2. p. 623. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 17. p. 950. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 17. p. 605. (Technik. Bericht über 150 behandelte Fälle. Trotz der sehr grossen Dosen hat Gauss niemals Hautschädigungen gesehen; er führt dies auf seine Filterung mit 3—4 mm Aluminium zurück. Die Methode lässt sich weiter ausbauen durch Kombination mit Radium (Mesothorium). Er hat Radiumrausch und -Kater beobachtet, hat aber eine Überlegenheit des Radiums bezüglich der Heilungs-

dauer der Myome und Metropathien konstatieren können. Die Radiumbehandlung von Uteruskarzinomen hat angeblich bei inoperablen wie bei operablen Fällen ausgezeichneten Erfolg. Die Methode ist erst in der Entwickelung begriffen und wegen der grossen Dosen sehr teuer.)

49. — Gynäkologische Tiefentherapie. Strahlentherapie. Bd. 2. Heft 2. p. 623—641. (Entwicklung, Stand und Zukunft dieser Therapie. Differenz zwischen Hamburger und Freiburger Methode. Technik. In 255 bestrahlten Fällen wurde ein Ausbleiben der Wirkung bisher nicht beobachtet.)

50. — The radiotherapeutic treatment of uterine fibroids. The Brit. med. Assoc. Meeting at Brighton on July 25. Ref. The Lancet. Nr. 4692. August 2. p. 310. The Brit. med. Journ. Nr. 2744. August 2. p. 249. Ausführlich mitgeteilt: The Brit. med. Journ. Nr. 2754. Oct. 11. p. 922—924. (Vorwiegend Technik der Bestrahlung.)

51. Graessner und Benthaus, Ergebnisse der Röntgentherapie bei Frauenleiden. Fortschritte a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 20. Heft 3. p. 322—326. (Bericht über 44 abgeschlossene Fälle mit 80 $^0/_0$ Heilung bei Myomen, 88,9 $^0/_0$ bei Metropathien. Technik nach Freiburger Art.)

52. Graff, E. v., Zur Technik der Röntgentherapie in der Gynäkologie. Wiener med. Wochenschr. Nr. 16. p. 999—1003. (Vorwiegend Technisches; wird an anderer Stelle: Kap. 2, „Elektrizität usw." referiert. Material von 89 Fällen von Uterusblutungen. Die besten und raschesten Erfolge versprechen alle klimakterischen Meno- und Metrorrhagien, indem oft geringe Mengen von Röntgenstrahlen zur Erzielung dauernder Amenorrhoe genügen. Ebenso scheinen Menorrhagien bei Frauen und Mädchen unter 20 Jahren selbst in ihren schweren Formen der Röntgentherapie zugänglich zu sein. Auf Grund der bisher behandelten 25 Fälle von Myomen hält Verf. die Röntgentherapie nur insoweit für erfolgreich und an Stelle der Operation für angebracht, als sie durch Blutungen indiziert erscheint. Sehr grosse Myome ohne Blutungen und solche, deren Trägerinnen durch Beschwerden zum Arzt geführt werden, die als Druck- und Verdrängungserscheinungen zu deuten sind, hält Verf. trotz der unzweifelhaft vorkommenden, manchmal beträchtlichen Verkleinerung im Laufe der Behandlung im allgemeinen zur Röntgentherapie für nicht geeignet.)

53. Guilleminot, H., Die Behandlung der uterinen Myome. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 30. Heft 1. p. 9—10. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 21. p. 985. (Vorwiegend Technik der Bestrahlung; hat bei beschleunigter Radiotherapie konstantere Resultate erzielt als bei der alten Methode.)

54. Haendly, P., Die Verwendung der strahlenden Energie in der Gynäkologie. Therap. Monatsh. Heft 11. Nov. p. 760—765. (Übersicht als Fortbildungsvortrag.)

55. — Die therapeutische Verwendung der Röntgenstrahlen in der Gynäkologie. Strahlentherapie. Bd. 2. Heft 1. p. 227—248. (Haendly erhielt in 92,5 $^0/_0$ aller Myomblutungen Heilung, und zwar Amenorrhoe in 80 $^0/_0$ mit höchstens vier Serien. Das Versagen in 7,5 $^0/_0$ konnte grösstenteils auf ungenügende Technik zurückgeführt werden. Rezidive in einer kleinen Anzahl von Fällen konnten leicht dauernd beseitigt werden. Fast in allen Fällen von Amenorrhoe traten typische Ausfallserscheinungen ein. Die Bestrahlung ist aufzugeben, wenn nach der fünften bis sechsten Serie (nach 2—3 Monaten) kein deutlicher Erfolg vorhanden ist. Die Gefahr schwerer Hautschädigung bezeichnet Haendly als gering, Darmschädigungen hält er für möglich. Technik.)

56. Hager, W., Zur Klinik des Röntgenulcus. Strahlentherapie. Bd. 2. Heft 2. p. 642 bis 664.

57. d'Halluin, Radiothérapie des fibromes utérins. Soc. de Radiologie méd. de Paris. Juillet. Ref. La Presse méd. Nr. 63. p. 639. (Vortragender gibt nur kleine Dosen in grossen Intervallen und hat damit gute Resultate erzielt. Wirkung durch die Ovarien. Diskussion: Laquerrière hat seit neun Jahren hunderte Fälle mit gutem Erfolge bestrahlt. Kleine Dosen. Vor dem 40. Jahre soll keine Frau bestrahlt werden, nach dem 40. bis zum 45. Jahre tritt die Bestrahlung mit anderen Methoden in Konkurrenz, nach dem 45. Jahre soll nur bestrahlt werden und erreicht man in 5—6 Monaten die Menopause. — Belot hat 30 Fälle ganz vorsichtig mit sehr kleinen Dosen bestrahlt. Zwischenpausen von 20 Tagen. Nach 10—12 Applikationen gute Erfolge; keine Schädigungen.)

58. Hamm, A., Die Röntgentherapie in der Gynäkologie. Therap. Monatsh. Nr. 7. p. 469 bis 478. (Öffentliche Antrittsvorlesung. Zusammenfassende Übersicht über Stand und Aussichten dieser Behandlungsmethode. Tabellarische Zusammenstellung der

Resultate bei Myomen und Metropathien verschiedener deutscher Kliniken. Man hat danach durchschnittlich nur mit einem Misserfolg von 4,3 % und einem zweifelhaften Erfolg von 10,3 % zu rechnen. Von einer Bestrahlung bei Pruritus und Ekzema vulvae verspricht sich Hamm nicht viel Nutzen, er lehnt sie ab bei Dysmenorrhoe und zum Zwecke der temporären Sterilisation.)

59. Hänisch, G. F., Über die Röntgenbehandlung der Uterusmyome. Strahlentherapie. Bd. 2. Heft 1. p. 249—255. (Von 31 Fällen von bestrahlten Myomen aller Grössen blieben vier ungeheilt (zwei Fehldiagnosen, einer Fortbleiben aus der Behandlung), drei wurden gebessert (schwächere Blutungen, Verkleinerung der Myome) und 24 wurden geheilt. 16 mal wurden Rötungen der Haut bemerkt, d. h. in über 50 % der Fälle, zweimal kam es dabei zu nässender Dermatitis. Leichte Ausfallserscheinungen blieben nie aus.)

60. — Meine Erfahrungen, Resultate, Technik in der gynäkologischen Röntgentherapie. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 20. Heft 1. p. 18—33. (40 Fälle von 68, die wegen Myom, myomatösen Blutungen, Menorrhagien und Metrorrhagien bestrahlt wurden, waren für eine genaue Statistik zu verwerten. Von diesen blieben fünf ungeheilt, zwei wurden wesentlich gebessert, 33 wurden geheilt. Bei den nicht geheilten Fällen handelte es sich einmal um grosse gestielte submuköse Myome, einmal um eine sehr junge Frau mit kleinstem submukösem Myom, einmal um ein nicht erkanntes Karziom, einmal um zu grosse, wahrscheinlich auch zu alte Myome. Im fünften Falle war keine Erklärung zu geben. — Technik.)

61. — Röntgenstrahlenbehandlung der Myome. XVII. Intern. Med. Kongr. in London (6.—12. August). Ref. The Brit. med. Journ. Nr. 2747. August 23. p. 452. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 37. p. 2082. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 38. p. 1863. (Vorwiegend Technik der Hamburger Methode. Vortragender hebt die Unterschiede mit der Freiburger Methode hervor.)

62. Haret, G., Die Röntgentherapie der Uterusmyome. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 21. Heft 2. p. 148—151. (Unter 26 Fällen zwei Misserfolge, in allen anderen Fällen teils vollkommene Heilung, teils beträchtliche Besserung.)

63. Harris, J. Delpratt, Secondary X-Rays in connexion with ionisation. Brit. med. Assoc. Meeting in Brighton. July 23—25. Ref. The Brit. med. Journ. Nr. 2754. Oct. 11. p. 921—922. (Nicht speziell gynäkologisch.)

64. Hedinger, E., Carcinoma sarcomatodes corporis uteri bei einer 57 jährigen Frau nach Röntgenbestrahlung wegen Uterusmyom. Med. Ges. in Basel. Sitzg. vom 23. Jan. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 10. p. 488. (Siehe unter „Karzinome".)

65. Heimann, F., Gynäkologische Röntgentherapie. Gyn. Ges. zu Breslau. Sitzg. vom 17. Dez. 1912. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 9. p. 436. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. Heft 3. p. 325—337. (Technik weniger heroisch wie die der Freiburger Klinik, aber doch wagemutig und Myombehandlung. Vortragender fürchtet das Reizstadium mit seiner Verstärkung der Blutungen nicht; im ganzen ist er mitseinen Erfolgen sehr zufrieden. Wenn die Frauen unter 40 Jahren sind, ist längere Bestrahlung und mit grösseren Dosen erforderlich. Bei Dysmenorrhoe und Adnexerkrankungen sah Vortragender nichts Gutes. Von den Myombestrahlungen liegen sechs abgeschlossene Fälle vor, ohne Versager. Durchschnittlich wurden 120 X verabreicht (Fünffelderbestrahlung) und dazu $2^1/_2$—3 Monate gebraucht. Die Blutungen kehrten zur normalen Stärke und zum vierwöchentlichen Intervall zurück, oder die Frauen wurden amenorrhoisch; in allen Fällen wurde eine deutliche Schrumpfung der Myome konstatiert. Eine anfängliche Verstärkung der Blutung, das „Reizstadium", wird seit der Anwendung der höheren Dosen nicht mehr gesehen. Üble Nebenerscheinungen wurden nicht beobachtet. Auch die Erfolge bei 17 metritischen bzw. klimakterischen Blutungen waren sehr gute. Auch hier wurden in der Zeit von drei Monaten 110—130 X verabreicht. Bei der Behandlung der Dysmenorrhoe und der Adnexerkrankungen wurden keine Erfolge gesehen. Ein Vulvakarzinomrezidiv blieb nach viermaliger Operation seit der Bestrahlung rezidivfrei.)

67. — Über Röntgentiefentherapie. Berl. Klin. Heft 301 B. Berlin, Fischer. (Bestrahlt wurden Frauen mit Myomen und Metropathia haemorrhagica. Bei den Myomfällen gab es keine Versager; die Myome verschwanden zwar nicht, schrumpften aber stark. Alle ausgebluteten Frauen wurden bestrahlt und nicht operiert. Das Reizstadium ist bei hohen Dosen nicht zu fürchten. Über die kombinierte Bestrahlung der Karzinome mit Röntgenstrahlen und Mesothorium sind die Versuche noch nicht abgeschlossen.)

68. Heimann, F., Zur Röntgentiefentherapie. Strahlentherapie. Bd. 3. Heft 1. p. 275 bis 278. (Vorwiegend Technik (cf. Kap. 2: „Elektrizität usw."). In 40 Fällen von Myomen (ohne Versager) und metritischen Blutungen gute Erfolge.)
69. Heynemann, Th., Die Röntgentherapie gynäkologischer Erkrankungen und ihre bisherigen Ergebnisse. Prakt. Ergebn. d. Geb. u. Gyn. Jahrg. 5. Heft 2. p. 159—183. (Ausführliche Beschreibung der Technik. Wird an anderer Stelle: Kap. 2, „Elektrizität" usw. referiert. Es wurden 15 Patientinnen mit Myomen bestrahlt. Zwei wurden dauernd amenorrhoisch; sieben wurden nicht amenorrhoisch, blieben aber frei von störenden Blutungen und Beschwerden; über drei war nichts zu erfahren und vier wurden später operiert. Verf. rät ab von der energischen Bestrahlung der Freiburger Schule. Auch hält Heynemann die Anschaffung eines eigenen Röntgenapparates für den Gynäkologen in der Praxis noch nicht für empfehlenswert; er tut zum mindesten gut, damit noch zu warten.)
70. Hirsch, G., Die Röntgentherapie bei Myomen und Fibrosis uteri. Münchn. Gyn. Ges. Sitzg. vom 13. März. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 17. p. 624—626. Ann. de gyn. et d'obst. Tome 10. Août. p. 486. Als Original erschienen in d. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 17. p. 906—908. (Übersicht der 150 in der kgl. Poliklinik für Frauenleiden (Klein) zu München mit Röntgenstrahlen seit Mai 1911 bis März 1913 behandelten Fällen. Darunter sind 46 Fälle von Myom, 35 von Fibrosis uteri etc. Die Technik ist jetzt eine eigene, sowohl von der Albers-Schönbergschen wie von der Freiburger verschiedene Dreifelder-Nahbehandlung. Die verabreichte Strahlendosis wird so gering wie möglich gehalten, nur soviel wie gerade und unbedingt nötig ist. Dies war im Durchschnitt für Myompatientinnen 81 X, für Fibrosispatientinnen 40 X. Verf. hatte nach seiner neuen Methode bis jetzt keinen einzigen Misserfolg zu verzeichnen.)
71. — Die Röntgenbehandlung bei Myomen und Fibrosis uteri. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 20. Heft 4. p. 373—389. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 37. p. 1726. (Verf. warnt vor einer allzu starken Dosierung. Junge Frauen seien nicht zu bestrahlen. Bei 16 Myompatientinnen, die nach Albers-Schönberg bestrahlt wurden, waren die Erfolge den Resultaten gleich, wie sie auch von anderen Autoren berichtet werden. Nach einer eigenen Methode (siehe Ref. Kap. 2 „Elektrizität" usw.) wurden von 18 aus der Behandlung entlassenen Frauen 16 amenorrhoisch und zwei oligomenorrhoisch. Von 35 Fällen von Fibrosis uteri sind 22 Fälle vollkommen amenorrhoisch geblieben.)
72. Hölder, Über Strahlenbehandlung in der Gynäkologie. Med.-naturwiss. Ver. in Tübingen. Sitzg. vom 15. Dez. Ref. Münchn. med. Wochenschr. 1914. Nr. 8. p. 449. (Freiburger Methode, jedoch weniger hoch dosiert. — Kontraindikationen. — Unter 53 Myomfällen war nur einmal nachträglich die Operation nötig wegen Verdachts auf maligne Degeneration, der sich nicht bestätigte. Soweit die Behandlung regelrecht durchgeführt werden konnte, wurde stets Amenorrhoe erreicht, durchschnittlich nach 300 X, in 6—9 Wochen.)
73. Holzbach, E., Theoretisches und Praktisches zur Röntgentiefentherapie. Strahlentherapie. Bd. 3. Heft 1. p. 279—286.
74. Hüffell, A., Die Röntgenbehandlung der Uterusmyome. Fortschr. d. Med. Jahrg. 31. Nr. 33. p. 897—910. (Ausführliches kritisches Übersichtsreferat.)
75. Immelmann, M., Zur Technik der gynäkologischen Röntgenbestrahlung. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 19. Heft 6. p. 411. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 21. p. 984. (Nach dreijähriger Beobachtungszeit bei den Myomen in 50% Besserung und in 15% Schrumpfung.)
76. — Über die Technik bei gynäkologischer Röntgenbestrahlung. Verhandl. d. VI. Intern. Kongr. f. Geb. u. Gyn. Berlin, S. Karger. Ref. Ann. de gyn. et d'obst. Tome 10. Août. p. 484.
77. Jaugeas, Quelques considérations sur la radiothérapie des fibromes utérins. XVII. Intern. med. Kongr. in London. 6.—12. August. Ref. La Presse méd. Nr. 78. p. 782. Als Original erschienen in Strahlentherapie. Bd. 3. Heft 2. p. 445—450. (Wirkung sowohl über die Ovarien wie direkt auf das Tumorgewebe; also nicht ganz gleich der chirurgischen Kastration. Erfahrung an 31 Fällen. Technik. Bei Frauen über 40 Jahre wurde die Menopause nach 4—5 Sitzungen, darunter nach 7—8 Sitzungen, erreicht.)
78. Jaulin, Ma technique et mes résultats dans le traitement du fibrome utérin par les rayons X. Soc. de radiol. méd. de Paris. Ref. Bull. et mém. de la Soc. de rad. méd. de Paris. Avril. Nr. 44. p. 115—120. The Brit. med. Journ. Nr. 2738. June 21. Epit.

of current med. litt. p. 99. (Es wurden neun Fälle behandelt, von denen sechs mit gutem Resultat schon längere Zeit zurückliegen. Zwei sind noch in Behandlung, einer ist wegen Verdacht auf Malignität operiert worden. Die Tumoren wurden kleiner, verschwanden aber nicht. Im Alter wechselten die Patientinnen zwischen 36 und 47 Jahren. In zwei Fällen trat zu Anfang der Behandlung Verstärkung der Blutung ein. Technik.)

79. Kaestle, K., Röntgentherapie in der Gynäkologie. Münchn. gyn. Ges. Sitzg. vom 23. Jan. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 12. p. 427—428. (Ausführliche Mitteilung der Technik. Es wurden 27 Frauen wegen gynäkologischer Leiden bestrahlt. Acht myomkranke Frauen — zwischen dem 33. und 52. Lebensjahre — sind seit $2^1/_2$—$^3/_4$ Jahren beschwerdefrei mit Cessat. mensium. Die Tumoren haben sich mehr oder weniger verkleinert.)

80. — Einiges über Technik und Erfolge meiner gynäkologischen Röntgenbestrahlungen. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 20. Heft 2. p. 85—87. (Kaestle ist Anhänger eines langsamen und vorsichtigen therapeutischen Vorgehens und hat dabei gute Resultate erzielt. Auch bei inoperablen Karzinomen der inneren weiblichen Genitalien waren die Erfolge recht gute, ohne bereits von Heilung sprechen zu können.)

81. Kaiser, W. A., Röntgenbehandlung der Myome. Gyn. Ges. zu Dresden. Sitzg. vom 16. Jan. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 21. p. 771. (Kaiser hält die Röntgenbehandlung der Myome für einen Rückschritt. Er legt frische Präparate von zwei Fällen vor, die seine Anschauung bekräftigen. 1. Ein submuköses Myom, welches als solches nicht diagnostizierbar war, 2. einen myomatösen Uterus mit maligner Entartung des Endometriums. Diskussion: Weisswange betont gleichfalls, dass die Methode viel zuviel und viel zu kritiklos angewandt wird. Er berichtet über einen Fall, in dem die lange Zeit fortgesetzten Röntgenbestrahlungen die rechtzeitige Operation verhindert hatten und durch profuse Blutungen die Frau so geschwächt war, dass die Operation zu spät kam. In einem zweiten Falle war ein verwachsenes Dermoid fälschlich als Myom diagnostiziert und ging die Frau mit starken Verbrennungen davon. Rübsamen und Kehrer teilen einen Fall mit, in dem ein Myom unter Einfluss der Röntgenbestrahlung stark an Grösse zunahm. Abgesehen von diesem Falle sind die bisherigen Erfolge im allgemeinen sehr günstig.)

82. Kienböck, R., Zur Technik der Myombestrahlung. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahlen. 1912. Bd. 19. p. 355. (Wird an anderer Stelle, Kap. 2, „Elektrizität usw." referiert.)

83. Kirstein, F., Die Röntgentherapie in der Gynäkologie. Hab.-Schrift Marburg. Jan. Berlin, J. Springer. Mk. 4.— (123 S.). Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 20. p. 726. Wiener klin. Wochenschr. 1914. Nr. 2. p. 33.

84. — Gynäkologische Röntgentherapie. Ärztl. Verein zu Marburg. Sitzg. vom 19. Febr. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 20. p. 1122. (Allgemein gehaltener Vortrag über Technik, Kontraindikationen und Indikationen der gynäkologischen Röntgenbestrahlung.)

84a. — Ergebnisse der gynäkologischen Röntgentherapie. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 1. Heft 10. p. 409—419. (Übersichtsreferat.)

85. Klein, G., Übersicht der 150 in der k. Poliklinik für Frauenleiden zu München mit Röntgenstrahlen behandelten Fälle (Mai 1911 bis März 1913). Flugblatt, herausgegeben gelegentlich des XV. Kongr. d. deutsch. Gesellsch. f. Gyn. (14.—17. Mai) zu Halle a. S.

86. — Röntgentherapie bei Myomen und Fibrosis uteri. XV. Versamml. d. deutsch. Ges. f. Gyn. 14.—17. Mai zu Halle a. S. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 25. p. 1231. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 27. p. 1282. Gyn. Rundschau. Heft 14. p. 527.

87. — Röntgenbehandlung der Uterusmyome. XVII. Intern. med. Kongr. in London. 6.—12. August. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 37. p. 2082. Berl. klin. Wochenschrift. Nr. 38. p. 1787.

88. Köhler, A., Zur Technik und Erfolgen der gynäkologischen Röntgentherapie. Fortschritte a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 19. Heft 6. p. 408—411. (Erfahrung an 26 Fällen seit März 1909. In 30% Verkleinerung der Tumoren. Keine Nebenwirkungen. Intensivtherapie wird abgelehnt.)

89. Kolde, W., Über Röntgentherapie in der Gynäkologie. Med. Ges. zu Magdeburg. Sitzg. vom 9. Okt. Ref. Münchn. med. Wochenschr. 1914. Nr. 1. p. 45. (Freiburger Methode. Schilderung der Technik. Hautschädigungen wurden nie gesehen, wohl

der sog. „Röntgenkater", der aber bald vorüberging. Als Kontraindikation gegen Myombestrahlung sieht Vortragender auch die soziale Lage der Patientin an, da die Frauen durch eine Operation meist schneller wieder arbeitsfähig werden als durch die langdauernde Röntgenbehandlung. Bei Karzinomen ist die schmerzstillende Wirkung der Röntgenstrahlen bemerkenswert.)

90. Kosminski, E., Die Röntgentherapie der Myome. Diss. Berlin. Febr. (S. Ebering. 38 S.) Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 22. p. 1226. (Der Arbeit liegt das Material der Klinik von Dr. Abel, Berlin, zugrunde. Wenn die Röntgenbestrahlung zwar eine gefahrlose und wirkungsvolle Behandlungsmethode bei manchen Fällen darstellt, so ist doch in der Mehrzahl der Fälle die altbewährte Operation vorzuziehen. Kosminski stellt folgende Forderungen auf: Alle Myome, bei denen eine Operation kontraindiziert ist, sind zu bestrahlen. Alle jungen Frauen mit Myomen eignen sich nicht für die Röntgentherapie (mit Ausnahme der ersten Forderung). Von den älteren Frauen dürfen nicht bestrahlt werden: Myome, die zu gross sind, die subserösen, submukösen und polypösen, solche, die Umwandlungen in ihrem histologischen Bau zeigen (Verjauchung usw.), solche, die den Verdacht der Malignität erwecken, bei Komplikationen mit Tubenentzündungen, die mit Herzschwäche und Anämie verbundenen. Vor jeder Bestrahlung ist eine Probeabrasio vorzunehmen.)

91. Krause, P., Kritische Beiträge zur Kenntnis der Röntgentiefentherapie. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 20. Heft 2. p. 187—195. (Verf. beurteilt die Gausssche Intensivtherapie sehr kritisch, namentlich unter Hinweis auf Kankroidfälle, die bei Ärzten 5—8 Jahre nach stattgefundener Röntgendermatitis eingetreten sind. Andererseits weist er unter Berufung auf Reifferscheids Untersuchungen mit Recht darauf hin, dass recht kleine Röntgenlichtmengen genügen, um schwere histologische Ovarienveränderungen hervorzurufen. Ferner warnt er davor, den sog. Röntgenkater als eine leichte Sache zu nehmen. Im Anschluss an den Röntgenkater sind bereits zweimal längerdauernde Psychosen beobachtet worden. Seiner Forderung, dass nicht nur die Erfolge, sondern auch die Misserfolge und die Schädigungen ausführlich mitgeteilt werden sollen. kann nur zugestimmt werden. Eigene Erfahrungen an 11 Myomfällen.)

92. Kreuzfuchs, S., Die Röntgentherapie in der Gynäkologie. Deutsche med. Wochenschrift. Nr. 19. p. 897—899. (Kritisches Übersichtsreferat. Die nackten Zahlen würden zwar zugunsten der Intensivbestrahlung sprechen, erwägt man aber, dass schon bei der milden und nicht kostspieligen Bestrahlung 76% Heilungen erzielt werden können, dann fragt es sich, ob es gerechtfertigt ist, wegen des selbst zugegebenen Zuwachses an 24% Heilungen, die immerhin nicht auszuschliessenden Gefahren der Spätschädigung und das ungeheure Anwachsen der Behandlungskosten in Kauf zu nehmen. Die milde Behandlung ist gefahrlos und setzt bei einer Heilung von 76%, wenn die restierenden Fälle operiert werden, die Mortalität sofort auf etwa 1% herab. Auch für die Röntgentherapie gilt das Prinzip: Mit den geringsten noch wirksamen und nicht mit den maximalen, noch zulässigen Dosen behandeln.)

93. — Zur Frage der Röntgenbehandlung in der Gynäkologie. Wiener med. Wochenschr. Nr. 24. p. 1482—1484.. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 31. p. 1523. (Allgemeines über Technik, Indikationen und Kontraindikationen der Röntgenbehandlung der Myome und Metrorrhagien. Bringt nichts wesentlich Neues und keine eigenen Erfahrungen.)

94. — Röntgentherapie in der Gynäkologie. 85. Versamml. deutsch. Naturf. u. Ärzte in Wien. 21.—27. Sept. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 42. p. 2370. Wiener med. Wochenschr. Nr. 45. p. 2921. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 45. p. 1872. Frauenarzt. Bd. 28. Heft 2. 15. Nov. p. 502. (Ausgezeichnete Erfolge der Charité in Wien. Es wurde ausschliesslich abdominal bestrahlt. Von 29 abgeschlossenen Fällen wurden 26 geheilt. In nahezu allen Fällen trat Verkleinerung des Uterus ein. Alter zwischen 32—52 Jahren. Drei Fälle mit entzündlichem Adnextumor verschlechterten sich auf die Bestrahlung, so dass Kreuzfuchs vor der Behandlung dieser Fälle warnt. Technik.)

95. Kriwsky, L. A., Demonstration von Präparaten aus einem fibromatösen Uterus, der vorher röntgenisiert wurde. Journ. akusch. i shensk. bolesn. Okt. Sitzungsber. der geb.-gyn. Ges. zu St. Petersburg. (Mikroskopisch konnte bedeutende Wucherung von Bindegewebe konstatiert werden, welches nicht nur zwischen dem Muskelbündel gelegen war, sondern auch die einzelnen Muskelzellen voneinander trennte. Dank

einer derartigen Kompression seitens des Bindegewebes sind die Muskelzellen atrophiert, die Kerne kaum färbbar. Das Gewebe stellte diffuse Felder dar, in denen die übriggebliebenen Muskelzellen zerstreut lagen. Bei Färbung nach Van Gieson erweist sich das Gewebe als stark hyalin degeneriert. Desgleichen degeneriert sind auch die Gefässwandungen und das die Kapillare umgebende Bindegewebe.)

(H. Jentter.)

96. Kroemer, P., Bedeutung des Röntgenapparates für die Gynäkologie und Geburtshilfe. Greifswalder med. Verein. Sitzg. vom 25. Jan. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 14. p. 676. (Verf. bestätigt den günstigen Einfluss der Röntgenbehandlung auf alle Arten von klimakterischen Blutungen mit und ohne Myom. Weniger Erfolg gab bisher die Bestrahlung der inoperablen Karzinome.)

97. Krönig, B., Röntgen- und Radiumtherapie in der Gynäkologie. XVII. Intern. med. Kongr. in London. 6.—12. August. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 37. p. 2081. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 38. p. 1786. Wiener med. Wochenschr. Nr. 46. p. 2980. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 45. p. 1876. (Die Zahl der bis jetzt allein mit Röntgenstrahlen behandelten Myome und Metropathien beträgt etwa 335. Bisher sah sich Krönig bei Verwendung von Intensivbestrahlung in keinem einzigen Falle veranlasst, nachträglich zu operieren. Die Röntgenbestrahlung ist ein vollwertiger Ersatz für die Totalexstirpation des Uterus. Bei den Myomen ist nur in jenen Fällen noch eine Operation notwendig, bei denen Wert auf Erhaltenbleiben der Fertilität gelegt wird.)

98. Kupferberg, H., Die Röntgentherapie zur Heilung von Myomen. Ärztl. Kreisverein Mainz. Sitzg. vom 14. Jan. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 28. p. 1575. (Vortragender berichtet über 17 geheilte Fälle von Myomen nach 6—12wöchentlicher Bestrahlung.)

99. Kurihara, K., Experimentelle Untersuchungen über die Röntgenstrahlenwirkung auf die Uterusmuskulatur. Diss. Göttingen. Juli.

100. Küstner, O., Röntgenbehandlung der Myome. Gyn. Ges. zu Breslau. Sitzg. vom 21. Jan. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. Heft 4. p. 516. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 19. p. 685. (Küstner betont die Schwierigkeiten der Diagnosenstellung auf die nicht allzu seltene Kombination von Korpusschleimhautkarzinom und Myom. Die Symptome sind in solchen Fällen absolut unprägnant und eine gründliche Ausschabung einer durch Myome vielfach verbuchteten Uterushöhle kann ein gefährlicherer Eingriff werden als eine glatte Myomotomie. Noch spärlich sind die Untersuchungen, welche uns Aufschluss über die Beeinflussung des Myomgewebes durch die Röntgenstrahlen geben. Besonders muss abgewartet werden, ob die Veränderungen des Myomgewebes immer als vorteilhaft angesehen werden können, oder als das Gegenteil, wie wir es nicht selten früher nach der Kastration sahen und woraus dann eine dringlichere Indikation für die operative Entfernung der Myome erwuchs, als ohnehin bestand.)

101. Lacassagne, A., Etude histologique et physiologique des effets produits sur l'ovaire par les rayons X. Thèse de Lyon (250 Seiten). Ref. La Presse méd. Nr. 61. p. 622.

102. — Les résultats expérimentaux de l'irradiation des ovaires. Conclusions a en tirer sur l'importance thérapeutique des rayons X en gynécologie. Ann. de gyn. et d'obst. Tome 10. Août. p. 449—457. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 38. p. 1770. The Brit. med. Journ. Nr. 2756. Oct. 25. Ep. of curr. med. litt. p. 55. (Verf. konnte nur bei grösseren Tieren eine völlige Follikelzerstörung durch so grosse Röntgenstrahlendosen erhalten, dass die Tiere an Darmschädigungen eingingen. Bei Fibromyomen der Frau hält Verf. es für wichtiger, den Tumor selbst zu bestrahlen, statt der Ovarien. Durch öftere, leichtere Bestrahlungen der Ovarien glaubt Verf. jeweils die reifen und meist entwickelten Follikel zerstören zu können.)

103. Lange, S., Roentgenotherapy in measured massive doses. 64 Ann. Session of the Amer. med. Assoc., at Minneapolis. June. Als Original erschienen in The Journ. of the Amer. med. Assoc. Vol. 61. Nr. 8. p. 556—559. (Nicht speziell gynäkologisch. Diskussion: Dunham, Pusey, Pfahler.)

104. Langes, E., Erfahrungen mit der Röntgenbehandlung bei Myomen und Metropathien. Med. Ges. zu Kiel. Sitzg. vom 5. Juni. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 31. p. 1740. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 29. p. 1374—1375. Als Original erschienen in Strahlentherapie. Bd. 3. Heft 1. p. 287—299. (Von den bisher 24 behandelten Myomfällen wurden 15 genau weiter verfolgt und in der Behandlung abgeschlossen. Technik. Instrumentarium. Schwerere Schädigungen wurden nicht beobachtet, nur Hautpigmentierungen. „Röntgenkater“ äusserst milde. Keine Durchfälle, fast stets Aus-

fallserscheinungen nicht erheblicher Art. Von den 15 Fällen wurden acht amenorrhoisch, sechs oligomenorrhoisch, alle 14 wiesen eine deutliche Schrumpfung auf. Der 15. Fall war ein Versager, der der anfänglichen ungenügenden Technik zur Last fällt. Diskussion: Stoeckel hält die Applikation mittlerer Strahlenmengen für am zweckmässigsten. Die Myome junger Frauen sollen nach wie vor operiert werden, da die durch die Röntgentherapie gesetzte Amenorrhoe als Kastrationsamenorrhoe aufzufassen ist und bei jungen Frauen zu schweren Ausfallserscheinungen führen kann.)

105. Laquerrière, A., Impressions basées sur huit années de pratique de la radiothérapie contre le fibrome et les hémorragies de la ménopause. Soc. belge de radiologie. Mai, Juillet. 1912. Ref. Ann. d'obst. et de gyn. Tome 10. Mars. p. 173—174. (Technik, Indikationen und Kontraindikationen.)

106. — Indications et contra-indications de la radiothérapie contre le fibrome et les hémorragies de la ménopause. Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. Nr. 9. Sept. p. 530 bis 533.

107. — und L. Delherm, Unsere Ansicht über die Röntgentherapie des Uterusmyoms. Fortschritte a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 20. Heft 1. p. 10—15. (Verff. heben neben den allgemeinen Gesichtspunkten hervor, dass die Röntgentherapie zweckmässig mit der Elektrotherapie zu verbinden ist. Indikation zur Operation besteht, wenn Verdacht auf karzinomatöse Entartung, fieberhafte Infektion, Stieltorsion, Polypen usw. vorliegt. Die Wirkung der Röntgentherapie beruht darauf, dass sie die Funktionen der Ovarien zu verhindern sucht. Die Röntgentherapie ist kontraindiziert bei Frauen unter 40 Jahren. Mit 40—50 Jahren kann man sie versuchen, meist zusammen mit der Elektrotherapie nach Apostoli oder der Radiumelektrolyse. Bei älteren Frauen genügt die Röntgentherapie allein.)

108. — et Loubier, Quelques observations de fibromes traités par la radiothérapie. Arch. d'électr. méd. 1912. 25 Août. (Mitteilung von sieben Fällen, bei denen mit ungewöhnlich kleinen Dosen ein genügendes Resultat erreicht wurde; von einem Fibrom, das kleiner wurde, bevor das Ovarium beeinflusst worden war, usw.)

109. Levy-Dorn, M., Zur Frage der gynäkologischen Röntgenbestrahlungen. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 19. Heft 6. p. 407—408. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 21. (Vorwiegend Technik. Milde Behandlungsweise. Erfahrung an 14 Myomen und 27 Metrorrhagien. Warnung vor Spätreaktion.)

110. Lichtenauer, K. L., Über Röntgentiefentherapie. Wissensch. Verein d. Ärzte zu Stettin. Sitzg. vom 4. März. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 22. p. 1036.

111. Loose, G., Meine Erfahrungen in der gynäkologischen Röntgentherapie. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. 1912. Bd. 19. p. 309. (Technik. Kleine Dosen. Bestrahlungszeit: die letzten 14 Tage vor der Menstruation. Was die Indikation zur Bestrahlung betrifft, überlegt sich Loose in jedem einzelnen Falle, ob der Follikelapparat oder das Stroma der Ovarien den mit den Strahlen anzugreifenden Teil darstellt. Dem pathologischen Stroma (Hypersekretion?) misst er eine enorme Radiosensibilität bei und erklärt dadurch den raschen günstigen Einfluss der Radiotherapie bei Metrorrhagien. Die Ätiologie und Urquelle der Blutung sucht er im Stroma, der Follikelapparat bildet durch die Menstruation nur den Anlass zur (normalen oder pathologischen) Blutung. Misserfolge sind häufig durch unzulängliche Lage der Ovarien (bei grossen Tumoren) bedingt. Deshalb soll man stets mit der Einstellung wechseln und möglichst grosse Bestrahlungsfelder nehmen. — Verhältnis der Myomschrumpfung zur Menstruation bzw. Follikelbildung, Berechtigung zur Ausübung der Röntgenbehandlung, Kostenpunkt usw.)

112. Lorentowicz, L., Über die Behandlung der Uterusmyome und uterinen Blutungen mittelst der Röntgenstrahlen. Med. i Kron. Lekarska. Nr. 27 u. 28. (Polnisch.) (v. Neugebauer.)

113. Lorey, A., Zur Technik der gynäkologischen Röntgenbestrahlungen. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. 1912. Bd. 19. p. 354. (Modifizierte Albers-Schönbergsche Technik. Rascherer Erfolg als mit der alten Methode. Andererseits ist Verf. Gegner der Freiburger Massendosierung. Cf. Kap. 2, „Elektrizität usw.")

114. — Die Röntgentherapie in der Gynäkologie. Gyn. Rundschau. Jahrg. 7. Heft 7. p. 239—247. Ref. Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. Nr. 9. Sept. p. 555. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 23. Nr. 6. p. 407. (Bringt nichts wesentlich Neues. Vorwiegend Technik und Indikationen zur Röntgenbehandlung, Warnung vor der Verabfolgung zu grosser Strahlenmengen, wie sie die Freiburger

Klinik anwendet. Nur wer die Technik vollkommen beherrscht, die Gefahren kennt und zu meistern versteht, darf Röntgentherapie treiben.)

115. Löwit, A., Demonstration zweier Uterusmyome, welche durch ein Korpuskarzinom resp. durch Nekrose kompliziert waren. K. k. Ges. d. Ärzte in Wien. Sitzg. vom 4. April. (Siehe unter „Myome", Nr. 108.)

116. Martin, A., Die Strahlentherapie in der Gynäkologie. Jahreskurse f. ärztl. Fortbild. Juli. p. 38—43. (Allgemeine Übersicht.)

117. Matthaei, F., Diskussion zu Prochownik, Beitrag zur gynäkologischen Röntgenbehandlung. Ärztl. Verein in Hamburg. Sitzg. vom 8. April. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 30. p. 1482. (Matthaei entschliesst sich zur Röntgenbehandlung der Myome nur, wenn gegen die Operation Kontraindikationen medizinischer oder äusserer Art vorliegen. Die neumodische forcierte Freiburger Bestrahlung verwirft Matthaei vollkommen. Man muss doch daran denken, dass durch die Bestrahlung eine ganz erhebliche Leukozytose hervorgerufen wird, dass also eine Alteration des Blutes stattfindet. Weiter sind die schweren Schädigungen von Herz und Zirkulationsorganen nicht gering zu bewerten. Sieht man doch noch nach Jahren Spätwirkungen eintreten, welche auf langsam ganz schleichend sich entwickelnde Schädigungen der Gefässe schliessen lassen. Nur auf dem Gebiete der klimakterischen und präklimakterischen Blutungen befürwortet Matthaei nach Probecurettage und auf anatomischer Basis gestellter Diagnose der Gutartigkeit, die Röntgenbehandlung, deren Resultate glänzend und einwandfrei sind.)

118. Meidner, S., Über den derzeitigen Stand der gynäkologischen Röntgentherapie. Therapie d. Gegenw. April. Heft 4. p. 169. (Zusammenfassende Übersicht.)

119. Mennerich, O., Zur Wertbeurteilung der Ovarienexstirpation bei Myoma uteri und ihre Beziehung zur Ovarienröntgenisation. Diss. Bonn. Dez.

120. Meyer, P., La radiothérapie des fibromes utérins. Thèse de Paris. 1911. Ref. Ann. de gyn. et d'obst. Tome 10. Mars. p. 190.

121. Miller, J. R., Die Beziehungen zwischen Sarkom und Myom in Rücksicht auf die Röntgentherapie. Strahlentherapie. Bd. 2. Heft 1. p. 256—292. Dieselbe Arbeit ist englisch erschienen in Surg. Gyn. and Obst. Vol. 16. Nr. 3. March. p. 315—321. (Die Häufigkeit von Sarkom bei Myom beträgt nach Angabe aus der Literatur und nach eigenen Beobachtungen 2%. Durch operative Behandlung wird in höchstens 25% von Uterussarkom eine sichere Dauerheilung erzielt, andererseits beträgt die Mortalität bei operativen Myomen immer noch 4—5%. Die Wahrscheinlichkeit, dass ein vorhandenes Sarkom nicht erkannt und daher aus falscher Diagnose der Röntgenbehandlung unterworfen wird, berechnet Miller auf 0,8%. Er kommt daher zu dem Resultat, dass eine prinzipielle Operationsbehandlung der Myome aus Furcht vor Sarkom unberechtigt ist.)

122. Mohr, L., Statistische Bearbeitung der bis zum 1. Januar 1913 veröffentlichten, mit Röntgenstrahlen behandelten gynäkologischen Erkrankungen. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 20. Heft 2. p. 105—159. (Der auf Albers-Schönbergs Anregung entstandene Sammelbericht umfasst 796 Fälle von Myom, 354 Metropathien, 19 Dysmenorrhoen, 30 Pruritus vulvae, vier Fälle von Kraurosis vulvae, 13 Tuberkulosen, 10 Adnexerkrankungen mit Blutungen, 16 Fälle von Fluor mit Adhäsionen, 53 maligne Erkrankungen, zwei Osteomalacien. Alle Krankengeschichten sind im kurzen mitgeteilt, besonders berücksichtigt einzelne Punkte, wie Erytheme und Beschwerden während der Bestrahlung, Ausfallserscheinungen, Besserung von Allgemeinbeschwerden. Umfangreiches Literaturverzeichnis.)

123. Moses, L., Über Röntgentiefenbestrahlung bei Morbus Basedow und Myom. Ärztl. Verein zu Frankfurt a. M. Sitzg. vom 7. April. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 19. p. 1062. (Technisches. — Von 14 Fällen von Morbus Basedow entzog sich eine Patientin vorzeitig der Behandlung, die übrigen 13 wurden geheilt, bzw. arbeitsfähig entlassen. Rezidiv ist nicht bekannt geworden. — Krankenvorstellung. — Moses selbst hat ein Verfahren ausgearbeitet, das relativ grosse Tiefendosen ergibt (kombinierte Filtration durch verschiedene Metalle [Silber + Aluminium]). — Diskussion: Auerbach behandelt den klinischen Teil der erwähnten Fälle. Türk verurteilt die Intensivbestrahlung der Freiburger Schule. Walthard bespricht die Kontraindikationen der Myombestrahlung; Sippel erweitert diese Reihe mit der Stieldrehung der Myome und mit dem Auftreten von anhaltenden schmerzhaften Kontraktionen des Uterus, weil dabei die Gefahr der Myomnekrose besteht. In Fällen von leben-

bedrohenden Blutungen ist die Operation der in der Schnelligkeit ihrer blutstillenden Wirkung unsicheren Bestrahlung vorzuziehen.)

124. Müller, J., Röntgentherapie in der Gynäkologie. Verein der Ärzte Wiesbadens. Sitzg. vom 22. Jan. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 12. p. 566. (Gute Erfolge bei fünf Fällen von Myom; Erzielung der Menopause. Bei einer sechsten Patientin, bei der bereits Menopause eingetreten war, erzielte Müller Schrumpfung des Kolossaltumors, so dass die Distantia spin. ileum ant. von 39 auf 30 cm zurückging. Technik eine intensiver gestaltete Modifikation des Verfahrens nach Albers-Schönberg. Als reguläres Verfahren ist die Freiburger Intensivmethode abzulehnen. Dauernde Kontrolle der Patientin durch einen Gynäkologen ist unbedingt erforderlich.)

125. — Befund bei Rezidivblutung nach Röntgenbestrahlung von Myomen. Mittelrhein. Ges. f. Geb. u. Gyn. Sitzg. vom 16. Febr. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Erg.-Heft. p. 397. (Sieben Monate nach erfolgreicher Myombestrahlung tritt Rezidiv der Blutung ein und wird auf Verlangen der Patientin operiert. Keine Verwachsungen. Die mikroskopische Untersuchung des Präparats ergibt normales Myomgewebe, normale Uterusschleimhaut, senilatrophisches Ovarialgewebe. Der Fall ist als Rezidivblutung aufzufassen infolge Erhaltung eines Restes von funktionstüchtigem Ovarialgewebe. Fortsetzung der Bestrahlung würde auch in diesem Falle zum Ziel geführt haben. Es empfiehlt sich, nach Schwinden der letzten Blutungen noch 2—3 Bestrahlungsserien zu verabreichen, um vor Rezidiven gesichert zu sein.)

126. Nemenow, M., Beitrag zur Röntgenbehandlung in der Gynäkologie. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 20. Heft 3. p. 326—339. (Bericht über 25 abgeschlossene Fälle, darunter 19 Myomfälle. Technik nach Hamburger Art. — Misserfolg in einem Falle mit submukösen Knoten und in zwei Fällen von chronischer Salpingooophoritis.)

127. — Die Röntgenstrahlen in der Gynäkologie. Geb.-gyn. Abt. d. XII. Pirogowschen Kongr. russ. Ärzte in Petersburg. 29. Mai bis 5. Juni. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 43. p. 1592. (Starke Anämie und Myomherz sind keine Kontraindikationen. Bei bösartiger Degeneration der Myome ist Anwendung kleiner Dosen kontraindiziert, da sie ein intensives Wachstum der Tumoren hervorrufen können. In diesen Fällen muss Behandlung mit grossen Dosen nach Gauss angewendet werden. Es wurden vom Vortragenden ein submuköses Myom ohne Besserung und 26 subseröse und interstitielle Myome mit Heilung in 25 Fällen behandelt. Der Tumor verschwand in vier Fällen, wurde in den 21 anderen bedeutend kleiner. Komplikationen wurden nicht beobachtet. Dauer der Beobachtung bis zu fünf Jahren. Ausserdem wurden mit relativ gutem Resultat ein Fall von mit Adenokarzinom kompliziertem Myom und einige Fälle von Uteruskarzinom behandelt. — Diskussion: Kriwsky will versuchen, auch sarkomatös degenerierte Myome mit Röntgenstrahlen zu behandeln. Schirschow nennt unter den negativen Erscheinungen der Behandlung die Wirkung der X-Strahlen auf gesunde Tuben, zuweilen Bildung von Hämatosalpinx und die Möglichkeit der sekundären bösartigen Degeneration des Tumors nach scheinbarer Heilung. Er will deshalb nur die Patientinnen mit Röntgenstrahlen behandeln, welche kategorisch die Operation verweigern.)

129. Nogier, Th., et Cl. Regaud, Les effets biologiques des hautes doses de rayons X durs sélectionnés par filtration. Applications thérapeutiques. Paris. méd. Nr. 5. p. 117 bis 124. Arch. d'électr. méd. Année 24. p. 49—66. u 97—128. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Therap. Heft 5. p. 256.

130. Ostreil, Q., Über Röntgen- und Mesothoriumtherapie in der Gynäkologie. Casopis ceskych lékaruo. Nr. 27. (Böhmisch.) Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 35. p. 1305. (Kritischer Bericht über diesbezügliche Literatur und gewonnene Resultate. Autor behandelte selbst vier Fälle von Myom (kombiniert mit chronischer Nephritis, chronischer Myokarditis in zwei Fällen) und erzielte in allen Fällen eine Verkleinerung des Tumors um $^2/_3$, $^1/_3$, $^1/_2$ und $^2/_3$. Die Blutung wurde durch die Bestrahlung entweder ganz beseitigt (ein Fall), oder beträchtlich vermindert (zwei Fälle); eine Frau war im Klimakterium.)

131. Oudin, P., et A. Zimmern, Radiothérapie. Paris, Baillière et Fils (Frs. 14.—).

132. Pagenstecher, A., Röntgentiefentherapie. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Heft 18. p. 558—563. Heft 19. p. 587—592. (Zusammenfassende Abhandlung: Physikalische Vorbemerkungen. Röntgentiefenbehandlung bei den einzelnen Erkrankungen, runter denen auch Uteruskarzinome, Myome und Lymphdrüsenerkrankungen.)

133. Partos, E., Les bases scientifiques de la radiographie en gynécologie. Revue méd. de la Suisse Rom. Nr. 6. p. 459—471. (Wird an anderer Stelle: Kapitel 2, „Elektrizität usw.", referiert.)

134. Peiser, E., Über die Röntgentherapie in der Gynäkologie. Gyn. Ges. zu Breslau. Sitzg. vom 21. Jan. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. Heft 4. p. 513. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 19. p. 685. (Erfolge von 20 Bestrahlungen. Eine Myompatientin, bei der wegen ihrer Anämie an eine Operation nicht mehr zu denken war, wurde durch die Bestrahlung gerettet und geheilt. Bei klimakterischen Blutungen im Alter von 45—50 Jahren war der Erfolg stets ein guter; bei Dysmenorrhoe wird bei jüngeren Frauen mit Rücksicht auf mögliche Schädigung einer eventuellen Nachkommenschaft die Bestrahlung vermieden. Bei Pruritus vulvae et ani zwei glatte Erfolge. Metastasen am Darm eines Adenokarzinoms, des einen Ovariums verschwanden infolge der Bestrahlung. Sonst konnte keine Beeinflussung des Wachstums von Cervixkarzinomrezidiven beobachtet werden. — Technisches.)

135. Pfahler, G. E., Über die Behandlung von Fibroiden des Uterus und der Blutungen im Klimakterium mittelst Röntgenstrahlen. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 20. Heft 2. p. 87.—93 Dieselbe Arbeit ist erschienen im Amer. Journ. of Obst. Vol. 67. Nr. 5. p. 860—874. (Verf. ist Anhänger eines langsamen und vorsichtigen therapeutischen Vorgehens und hat dabei gute Resultate an 21 Fällen von Myom erzielt. Bei 12 ist die Geschwulst verschwunden. Einmal Röntgendermatitis ersten Grades, sonst nie Hautschädigungen. — Grosses Literaturverzeichnis hauptsächlich deutscher Arbeiten.)

136. — Röntgenbehandlung von Uterusmyomen. XVII. Intern. med. Kongr. in London (6.—12. August). Ref. The Brit. med. Journ. Nr. 2747. August 23. p. 452. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 37. p. 2082. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 38. p. 1787. (Vortragender macht darauf aufmerksam, dass die Rückbildung der Tumoren oft noch weiter geht, lange Zeit nachdem die Bestrahlung schon aufgehört hat. In einem Falle war der Tumor erst nach sechs Jahren ganz verschwunden, obschon die Patientin nach Ablauf des ersten Jahres nicht mehr bestrahlt worden war.)

137. Popowsky, Die Röntgenbehandlung der Myome. Therap. Obosrenie. Nr. 20. (H. Jentter.)

138. Prochownick, L., Beitrag zur gynäkologischen Röntgenbehandlung. Ärztl. Verein in Hamburg. Sitzg. vom 8. April. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 16. p. 896. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 30. p. 1482. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 18. p. 850. Als Original erschienen in Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 20. Heft 3. p. 316—322. (Resultate über 60 Fälle mit Hamburger Technik bestrahlt, darunter die 45 Myome, die sich unter 180 Myomfällen nach Prochownicks Grundsätzen zur Bestrahlung geeignet erwiesen. Bei allen 15 Fällen von klimakterischen Blutungen und 39 von den Myomen war sie erfolgreich. Vortragender verzichtet auf Grund früherer Erfahrungen auf Halberfolge und auf Röntgenbehandlung aller Frauen unter 40 Jahren. Es wurde nur ein Versager verzeichnet; 12 Fälle wurden über drei, zehn weitere über zwei Jahre lang beobachtet; ein Weiter- oder Wiederwachsen ist nicht erfolgt. Das Gesamttempo des Tumorschwundes ist ausgesprochen schneller als früher nach Kastration. Je kürzer die Behandlungsdauer, um so schneller der Tumorschwund. Die direkte Wirkung der Strahlen auf die Zellen bzw. das Bindegewebe der Geschwülste wird immer sicherer. Die Methode ist als reif für die Praxis zu bezeichnen. Diskussion: Matthaei (cf. Nr. 117), Rieck (cf. Nr. 143), Spaeth (cf. Nr. 168), Calmann (cf. Nr. 25). Rüder und Haenisch, von denen insbesondere vor zu grossen Dosen gewarnt wird.)

139. Regaud, Cl., et A. Lacassagne, Sur les conditions de la stérilisation des ovaires par les rayons X. Compt. rend. Soc. Biol. Tome 74. Nr. 12. p. 601—604 und Nr. 14. p. 783—786.

140. — — Sur les processus de la dégénérescence des follicules dans les ovaires roentgenisés de la lapine. Compt. rend. Soc. Biol. Tome 74. Nr. 15. p. 869—871 und Nr. 23. p. 1308—1311.

141. Reifferscheid, K., Zur Röntgentherapie in der Gynäkologie. Niederrhein. Ges. f. Natur u. Heilk. Versamml. zu Bonn am 15. Dez. Ref. Deutsche med. Wochenschr. 1914. Nr. 11. p. 571.

142. — Zur Röntgentherapie in der Gynäkologie. 85. Versamml. deutsch. Naturf. u. Ärzte in Wien (21.—27. Sept.). Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 42. p. 2369.

Deutsche med. Wochenschr. Nr. 43. p. 2125. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 44. p. 1827. Wiener med. Wochenschr. Nr. 45. p. 2919. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 47. p. 2211. Frauenarzt. Bd. 28. Heft 2. 15. Nov. p. 500. (Die Röntgenbehandlung ist zur Behandlung der Myome bei Frauen jenseits der vierziger Jahre das beste Verfahren; bei jüngeren Frauen ist sie die Methode der Wahl. Reifferscheid warnt vor den allzugrossen Dosen der Intensivbestrahlungsmethode, da der Röntgenkater durchaus keine gleichgültige Erkrankung ist und die Gefahr der Spätschädigung vorliegt. Erfahrungen über 121 bestrahlte Fälle (49 Myome).

143. Rieck, A., Diskussion zu Prochownick, Beitrag zur gynäkologischen Röntgenbehandlung. Ärztl. Verein in Hamburg. Sitzg. vom 8. April. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 30. p. 1483. (Vortragender hebt die Vorzüge der Defundatio vaginalis bei Metropathien, bei denen man sowieso eine Abrasio in Narkose machen muss, gegenüber dem langdauernden und auch von Röntgenkater eventuell gefolgten Röntgenverfahren hervor. Bei jeder Bestrahlung jüngerer Frauen sind Rezidive oder totale Amenorrhoe zu fürchten, auch Schädigungen der Nachkommenschaft. Bei Myomen sind noch ein Drittel Misserfolge. Rieck hat gleich Strassmann bei submukösen Myomen nach Uterusdauertamponade auch ohne Röntgenbehandlung so auffallende Heilungen gesehen, dass man fast von einer dritten Methode sprechen könnte.)

144. Rominger, E., Klinische Erfahrungen über die Hautschädigungen bei gynäkologischer Tiefentherapie mit schwachgefilterten Röntgenstrahlen. Strahlentherapie. Bd. 2. Heft 2. p. 665—682.

145. Rosenstein, M., Zur Röntgenbehandlung der Myome. Gyn. Ges. zu Breslau. Sitzg. vom 26. Nov. 1912. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 14. p. 501. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. Heft 2. p. 254. (Vortragender bespricht zur Strahlenbehandlung ungeeignete Myomfälle. Unter den in letzter Zeit operierten 14 Myomen waren vier mit Ovarientumoren kompliziert, ein Myom mit eitrigen Adnexen, die anderen hätten sich wegen der Grösse zur Röntgenbehandlung schlecht geeignet. Die Fälle werden genau beschrieben. Der eine zeigte nach längerer Bestrahlung (340 Minuten) bei der Operation, soweit die Pigmentierung der Röntgenstrahlen reichte, Verwachsungen des Netzes mit der vorderen Bauchwand und von Darmteilen mit der Blase. Auch der Tumor selbst zeigte Veränderungen: hyaline Quellung des Bindegewebes, zugrunde gegangene Muskelzellen, aus ihrem Verbande gelöste und regellos durcheinandergeworfene Muskelfasern, die wohl Folgen der Bestrahlung sind.)

146. Rost, G. A., und R. Krüger, Experimentelle Untersuchungen zur gynäkologischen Tiefentherapie. Zeitschr. f. Urol. Bd. 7. Nr. 2. Strahlentherapie. Bd. 2. p. 314—348.

147. Runge, E., Indikationsstellung bei der Röntgenbehandlung der Uterusmyome. Verhandl. d. VI. Intern. Kongr. f. Geb. u. Gyn. Berlin, S. Karger. Ref. Ann. de gyn. et d'obst. Tome 10. Août. p. 484.

148. Savill, A. F., X-Ray treatment of uterine fibroid. Brit. med. Assoc. Meeting in Brighton. July 23—25. Ref. The Brit. med. Journ. Nr. 2754. Oct. 11. p. 919—921. (Mitteilung von drei Fällen, mit ausführlichen Krankengeschichten und Bestrahlungstechnik.)

149. Schauta, F., Über moderne Myombehandlung. Wiener med. Wochenschr. Nr. 1. p. 14—19. (Ref. siehe „Myome", Nr. 152.)

150. Schlimpert, H., und J. Miller, Häufigkeit und Prognose des Uterussarkoms. Mittelrhein. Ges. f. Geb. u. Gyn. Sitzg. vom 16. Febr. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Erg.-Heft. p. 405—407. (Cf. „Sarkome", Nr. 000.)

151. Schmidt, H. E., Meine Erfahrungen und meine Technik in der gynäkologischen Röntgentherapie. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. 1912. Bd. 19. p. 320. (Erfolg in 76% der Fälle — 25 — bei einer Technik, die von der Albers-Schönbergschen aus sich mehr und mehr der Freiburger genähert hat. Bestrahlung jedoch nur vom Abdomen aus unter Verwendung von sternförmig abgegrenzten acht Feldern.)

152. — Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenbehandlung in den letzten Jahren. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 20. p. 927—930. Ref. Ann. de gyn. et d'obst. Tome 10. Août. p. 489. (Übersichtsreferat.)

153. — Kompendium der Röntgentherapie (Oberflächen- und Tiefentherapie). Berlin, A. Hirschwald. Mk. 5.— (3. vermehrte Aufl., 80 Abbild.). Ref. Lancet. Nr. 4689. July 12. p. 81. The Brit. med. Journ. Nr. 2731. May 3. p. 943. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 21. p. 552.

154. — Zur Technik und Pathologie der gynäkologischen Röntgenbehandlung. Gyn. Rundschau. Jahrg. 7. Heft 8. p. 277—281.

155. Schminke, Die kombinierte Röntgentherapie der Uterusmyome und Menorrhagien. Fortschr. d. Med. Bd. 31. Nr. 29. p. 794—796. Ref. Therap. Monatsh. Heft 10. p. 746. (Bericht über die Behandlung von 24 Fällen von Uterusmyomen mit Röntgenstrahlen und Moorbädern. Der Autor glaubt, dass die durch die Moorapplikation hervorgerufene Hyperämie der Sexualorgane die Wirksamkeit der Röntgenstrahlen erhöhte. Es wurden immer Serien von 12 Bestrahlungen sechs Tage hindurch mit nachfolgender Pause von 14 Tagen ausgeführt. Während dieser Pause erhielten die Patientinnen 4—5 Moorbäder wöchentlich. Die Resultate dieses Vorgehens sind sehr ermutigend. Verf. glaubt auf diese Art mit geringeren Strahlendosen auskommen zu können.)

156. Schnée, A., Zur Technik der Tiefenbestrahlung. Zeitschr. f. phys. u. diät. Therap. Heft 5. p. 290—296. (Wird an anderer Stelle referiert: Kap. 2, „Elektrizität usw.".)

157. Schroeder, R. v., In welcher Weise wird das Uterusmyom durch Röntgenstrahlen beeinflusst? Diss. Jena. München, Otto Gmelin (90 S. mit 5 Abb. Ärztl. Rundschau. Nr. 32—37. Ref. Frauenarzt. Bd. 28. Heft 2. 15. Nov. p. 523—525. (Benignität oder Malignität des Myoms. — Biologische Wirkung der Röntgenstrahlen, Einfluss auf die weiblichen Sexualorgane. — Entwickelung der Strahlentherapie bei Myomerkrankung, Schädigungen des Organismus durch energische Röntgenbestrahlung. — Wirkung der Röntgenstrahlen auf die Myome. — Experimentelle Untersuchungen. — Literatur.)

158. Seitz, Th., Weitere Erfolge der gynäkologischen Radiotherapie. Diss. Freiburg i. Br. (Weitere 70 Fälle — 54 Myome und 16 Metropathien — nach der Freiburger Methode bestrahlt. Das erstrebte Ziel einer Abkürzung der Behandlungsdauer wurde voll erreicht, wenn auch nicht das Ideal verwirklicht wurde. Technik.)

159. Sellheim, H., Neue Wege zur Steigerung der zerstörenden Wirkung der Röntgenstrahlen auf tiefliegende Geschwülste. 83. Versamml. d. deutsch. Naturf. u. Ärzte in Wien. 21.—27. Sept. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 43. p. 2124. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 44. p. 1826. Frauenarzt. Bd. 28. Heft 2. 15. Nov. p. 499. Als Original erschienen in Münchn. med. Wochenschr. Nr. 41. p. 2266—2269. (Technische Verbesserungen an dem Betrieb und Bau der Röntgenröhre; mit Nachtrag von Dessauer.)

160. — Demonstration von vier Typen Myomen, bei denen die Operation der Röntgenbehandlung vorzuziehen ist. 85. Versamml. deutsch. Naturf. u. Ärzte in Wien. 21.—27. Sept. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 44. p. 2176. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 44. p. 1826 u. Nr. 46. p. 1920. Wiener med. Wochenschr. Nr. 46. p. 2974. Berl. klin. Wochenschrift. Nr. 48. p. 2259. (1. Das sich zur Geburt anschickende submuköse Myom. 2. Das zerfallende Myom. Das vorliegende Beispiel wurde als Zeichen des Zerfalles während der bereits begonnenen Bestrahlung merklich grösser und weicher. 3. Das irreponibel ins Becken eingekeilte Myom, welches stark auf die Nachbarorgane drückt. 4. Das sehr grosse und harte Myom.)

161. Seuffert, E. v., Über gynäkologische Röntgentherapie. Bayr. Ges. f. Geb. u. Gyn. Sitzg. vom 9. Febr. Als Original erschienen i. d. Strahlentherapie. Bd. 2. Heft 2. p. 714. (Lobende Bestätigung der Freiburger Technik und Resultate. Hervorzuheben ist die Empfehlung, in weniger dringenden Fällen nicht auf einmal die Ovarialfunktionen durch maximale Dosen zu vernichten, um die Ausfallserscheinungen nicht zu stark werden zu lassen. Weiter die Anerkennung der Tatsache von Ausfallserscheinungen überhaupt, die „kaum heftiger sind als die Beschwerden der Wechselzeit bei ganz gesunden Personen". Soviel man jetzt übersehen kann, treten Ausfallserscheinungen ceteris paribus um so stärker auf, je rascher man die Menopause herbeiführt.)

162. — Sur la radiothérapie en gynécologie. Arch. d'électr. méd. Année 21. Nr. 368. 25 Oct. p. 375—388. Ref. The Brit. med. Journ. Nr. 2774. Febr. 28. Ep. of curr. med. litt. p. 35.

163. Silberberg, M., Myomtherapie durch Röntgenstrahlen. Gyn. Ges. in Breslau. Sitzg. vom 21. Jan. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. Heft 4. p. 512. (Hauptsächlich Technisches über die Härte der Röhre und die Dosierung. Die Resultate sollen gute sein, werden aber nicht näher angegeben. Dem Enthusiasmus der Freiburger Frauenklinik steht er reserviert gegenüber, er glaubt nicht, dass die operative Ära in der Behandlung der Myome vorüber sei; am geeignetsten seien Myome, die wenig Beschwerden machen bei nahe der Menopause befindlichen Frauen.)

164. Simonson, S., Die schmerzstillende Wirkung der Röntgen- und Radiumstrahlen. Diss. Heidelberg. März. Als Original erschienen i. d. Strahlentherapie. Bd. 2. p. 192—223.

(Aus der ausführlichen Literaturbearbeitung geht hervor, dass Röntgenbestrahlungen bei den meisten in Betracht kommenden Krankheiten einen deutlich schmerzstillenden Einfluss ausübten. Auffallend ist der häufig unmittelbare Einfluss, und zwar bei relativ geringen Dosen. Die analgesierende Wirkung scheint einen direkten Effekt auf das Nervengewebe darzustellen. Die Art derselben ist noch unbekannt, da anatomische Veränderungen noch nicht genügend sicher nachgewiesen sind. Festgestellt ist experimentell eine Herabsetzung der Reflexerregbarkeit.)

165. Sippel, A., Die Behandlung der Uterusmyome mit Röntgenstrahlen. Ärztl. Verein zu Frankfurt a. M. Sitzg. vom 15. Sept. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 41. p. 2312. Als Original erschienen i. d. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 40. p. 2226—2230. (Verf. hält die Gefahr der Schädigung innerer Organe durch die intensive Tiefenbestrahlung absolut nicht für ausgeschlossen. Mit der Albers-Schönbergschen Methode kommen Schädigungen nicht vor. Myome, welche keinerlei klinische Erscheinungen machen und nicht oder nur langsam wachsen, bedürfen gar keiner Behandlung. Subseröse Myome werden durch die Bestrahlung wenig oder gar nicht beeinflusst; sie sind, wenn sie eine Behandlung verlangen, zu operieren. Ebenso gestielte submuköse Myome und wenn der Verdacht auf Malignität besteht. Durch die Bestrahlung wird nicht das Kranke, das Myom, beseitigt, sondern die Eierstöcke werden vernichtet und die Geschwulst bleibt im Körper. — Verf. hat während der Bestrahlung die Nierenfunktion kontrolliert, konnte aber keine Albuminurie feststellen. — Diskussion: Moses, Kutz, Walthard.)

166. Siredey, A., La radiothérapie des fibromes utérines. Revue de Gyn. et de chir. abd. Tome 20. Nr. 2. p. 113—128. Ref. The Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 68. Nr. 429. Sept. p. 594. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 23. Nr. 5. May. p. 323. (Siredey hat 59 Patienten, unter denen 40 Myomkranke, mit Röntgenstrahlen behandelt. Bei 19 Fällen von klimakterischen Blutungen mit hypertrophischem Uterus stand die Blutung und der Uterus verkleinerte sich. Eine Myombestrahlung brachte einen vollständigen Misserfolg, zwei Patientinnen liessen sich operieren, eine entzog sich der Behandlung, in allen übrigen Fällen war eine deutliche Besserung der Beschwerden, Grössenabnahme des Tumors und Stillstand der Blutung bemerkbar. Vollständiges Verschwinden der Tumoren wurde niemals beobachtet. Siredey widerrät die Bestrahlung besonders bei grossen und multiplen Myomen, bei solchen, die im Becken liegen und dadurch schwer erreichbar sind, und bei Myomen, die schnell wachsen.)

167. Spaeth, E., Ein Besuch in der Freiburger Frauenklinik. Geb. Ges. zu Hamburg. Sitzg. vom 4. März. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 20. p. 740. (Diskussion: Prochownick, Hänisch, Lorey, Rüder, Quiring, die alle der Meinung sind, dass die Freiburger Bestrahlungsmethode trotz der berichteten grossen Erfolge nicht ohne weiteres zu empfehlen sei und noch zu jungen Datums, um ein definitives Urteil über ihre Vorzüge und Nachteile zu gestatten.)

168. — Diskussion zu Prochownick, Beitrag zur gynäkologischen Röntgenbehandlung. Ärztl. Verein in Hamburg. Sitzg. vom 8. April. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 30. p. 1483. (Vortragender zieht im allgemeinen die Operation der Röntgenbehandlung der Myome vor, obschon er sie auch angewandt hat. Was die Dosierung betrifft, nimmt er eine Mittelstellung ein; nur bei schwer ausgebluteten Frauen greift er auch zu grossen Dosen. Er verfügt über das Präparat von einer an Schrumpfniere zugrunde gegangenen Frau, die in Kiel mit hohen Dosen wegen Myomblutungen behandelt worden war; die Eierstöcke dieser Patientin sind sehr klein und zeigen histologisch Degeneration des Follikelepithels.)

169. Speder, La valeur de la radiothérapie en gynécologie. Journ. méd. de Bordeaux. Nov.

170. Spencer, H., Strahlentherapie in der Gynäkologie. XVII. Intern. med. Kongr. in London (6.—12. August). Ref. The Lancet. Nr. 4695. August 23. p. 560. The Brit. med. Journ. Nr. 2747. August 23. p. 452. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 37. p. 2082. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 38. p. 1863. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 38. p. 1787. (Vortragender warnt vor allzu grossem Optimismus bei der Strahlenbehandlung und vor unerwünschten Nebenwirkungen, wie Sterilität und Hautverbrennungen.)

171. Stern, S., X-Ray treatment of uterine fibroids, menorrhagia and metrorrhagia. The Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 67. Nr. 426. June. p. 1133 bis 1142. (Verf. teilt ausführlich seine Technik mit und Allgemeines über seine Resul-

tate. über die er sehr zufrieden ist. Einzelne Krankengeschichten werden in extenso wiedergegeben. Die Wirkung der Strahlen soll indirekt über die Ovarien stattfinden.)

172. Strassmann, P., Zur Verwendung der Röntgenstrahlen für die Behandlung der Uterusmyome. Therpie d. Gegenw. Nr. 1. p. 24—28. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 7. p. 333. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 9. p. 411. („Nicht zur Bestrahlung eignen sich polypöse Myome, bereits von der Scheide aus fühlbare Knollen und solche, die hinter der geschlossenen Cervix gestielt im Uterus liegen. Am geeignetsten sind myomatöse Blutungen vom Typus der Menstruation bei älteren Frauen. Vor dem 45. Jahre findet man vielfach keine Erfolge und um das 30. oft schwere Misserfolge. Aber auch der durch Röntgenstrahlen amenorrhoisch gewordene Myomuterus kann aus den verschiedensten Gründen schliesslich doch eine Operation erfordern, so dass vorsichtigste Auswahl der zur Bestrahlung geeigneten Fälle nottut.)

173. Weitzel, F., Erfahrungen mit der Röntgentiefentherapie. Strahlentherapie. Bd. 3. Heft 1. p. 272—275. (Vorwiegend Technik (cf. Kap. 2: „Elektrizität usw.“). In einem Myomfalle wurde 14 Tage nach der ersten Sitzung der zweiten Serie ein vier Wochen altes Ei ausgestossen — unbeabsichtigter Abort durch Röntgenstrahlen.)

174. Wetterer, J., Handbuch der Röntgentherapie, nebst Anhang: Die radioaktiven Substanzen in der Therapie. Leipzig, Otto Nemnich. Bd. 1. 2. Aufl.

Übersichtliche Zusammenfassungen über Stand und Aussichten der Röntgentherapie der Myome sind erschienen u. a. von: Albers-Schönberg (2 und 5), Altschul (9), Ballantyne (12, englisch), Bordier (19, französisch und italienisch), Charlier (26, französisch), Courmelles (29), Dohan (35), Haendly (54), Hamm (58), Heimann (67), Holzbach (73), Hüffell (74), Kirstein (83 u. 84a), Kreuzfuchs (92), Lorentowicz (112, polnisch), Martin (116), Meidner (118), Meyer (120), Mohr (122), Oudin et Zimmern (131, französisch), Pagenstecher (132), Partos (133, französisch), Popowsky (137, russisch) und H. E. Schmidt (152).

Auch wurden aus sehr vielen Kliniken in verschiedenen Ländern wieder **Ergebnisse der Röntgenbehandlung der Myome** bekanntgegeben. So aus **Deutschland** von Albers-Schönberg (1—5; Hamburg), Calmann (24; Hamburg), Döderlein (34; München), Füth und Cramer (cf. Frank 40; Köln, je 14 Fälle), Franz (45; Berlin, 111 Fälle), Friedrich (47; Breslau, Klinik L. Fraenkel, 13 Fälle), Gauss (48; Freiburg, 150 Fälle), Graessner und Benthaus (51; 44 Fälle), Haendly (55; Berlin), Hänisch (59; 31 Fälle), Heimann (66; Breslau, sechs Fälle), Heynemann (69; Halle a. S., 15 Fälle), Hirsch (70; München, Klinik Klein, 150 Fälle), Hölder (72; Tübingen, 53 Fälle), Klein (85; München, 150 Fälle), Köhler (88), Kosminski (90; Berlin, Klinik Abel), Kreuzfuchs (94; Wien, 29 Fälle), Kroemer (96; Greifswald), Kroenig (97; Freiburg, 335 Fälle), Kupferberg (98; Mainz, 17 Fälle). Langes (104; Kiel, 24 Fälle), Peiser (134; Breslau, 20 Fälle), Prochownick (138; Hamburg, 60 Fälle), Reifferscheid (142; Bonn, 49 Fälle), H. E. Schmidt (151; Berlin, 25 Fälle), Seitz (158; Freiburg i. B., 54 Fälle) und v. Seuffert (161; München). Aus **Frankreich** von Arcelin (10), Béclère (16; 66 Fälle), Berdez (18; 82 Fälle), Courmelles (28), Laquerrière („Hunderte Fälle“) und Belot (30 Fälle; cf. d'Halluin 57), Haret (62; 26 Fälle), Jaugeas (77; 31 Fälle), Laquerrière et Loubier (108; sieben Fälle) und Siredey (166; 40 Fälle). Aus **Österreich** von Dohan (36), Foges (39; 16 Fälle), v. Graff (52; 89 Fälle) und Kreuzfuchs (94; Charité, Wien, 29 Fälle). Aus **Russland** von Alexandrow (6) und Nemenow (126; 25 Fälle). Aus **England** von Stern (171). Aus **Amerika** von Pfahler (135).

Hamm (58) und Mohr (122), letzterer auf Veranlassung von Albers-Schönberg, haben die Resultate der wichtigsten deutschen Kliniken tabellarisch zusammengestellt. Aus Hamms Statistik geht hervor, dass man durchschnittlich nur mit einem Misserfolg von 4,3% und einem zweifelhaften Erfolg von 10,3% zu rechnen hat. Die oben erwähnten Ergebnisse fallen ausnahmslos günstig für die Röntgenbehandlung im allgemeinen aus. Albers-Schönberg (3) verfügt über 78% Heilungen. **Mehr oder weniger ablehnend** verhalten sich ihr gegenüber nur noch sehr vereinzelte Kliniker, wie Kaiser (81) und Maunoury (cf. Bouchacourt et Chéron, 23). Letzterer hat in drei Fällen trotz aller Vorsichtsmassregeln so starke Hautverbrennungen beobachtet, dass er trotz guter Erfolge wieder zur Hysterektomie zurückgekommen ist. Jedoch wird auch noch von verschiedenen anderen Autoren, wie Frank (40) und Spencer (170) **vor allzu grossem Optimismus bei der Strahlentherapie der Myome gewarnt.** H. Freund (46) hält an der operativen Behandlung der Myome als dem sichersten Verfahren bis jetzt fest, bedient sich aber in geeigneten Fällen

der Röntgenbestrahlung. Die Sichtung eines operativen Materials von 500 Fällen der Strassburger Frauenklinik ergibt, dass etwa 290 von vornherein der Operation zufallen mussten, und zwar wegen der gleichzeitig bestehenden Komplikationen (Adnextumoren, Malignität, Nekrose, gleichzeitige Schwangerschaft u. a. m.). Höchstens ein Drittel der Fälle hätte bestrahlt werden können. Kosminski (90) kommt aus dem Material der Klinik von Dr. Abel-Berlin zu demselben Schluss wie H. Freund, dass zwar die Röntgenbestrahlung eine gefahrlose und wirkungsvolle Behandlungsmethode bei manchen Fällen darstellt, dass sie aber doch in der Mehrzahl der Fälle hinter der altbewährten Operation zurücksteht. Küstner (100) betont die Schwierigkeit der Diagnosenstellung auf die nicht allzu seltene Kombination von Korpusschleimhautkarzinom und Myom (cf. Kapitel „Myome"). Die Symptome sind in solchen Fällen absolut unprägnant und eine gründliche Ausschabung einer durch Myome vielfach verbuchteten Uterushöhle kann ein gefährlicherer Eingriff werden als eine glatte Myomotomie. Weiter muss abgewartet werden, ob die Veränderungen des Myomgewebes unter Einfluss der Bestrahlung immer als vorteilhaft angesehen werden können, oder als das Gegenteil, wie es nicht selten früher nach der Kastration beobachtet wurde und woraus dann eine dringlichere Indikation für die operative Entfernung der Myome erwuchs, als ohnehin bestand. Sippel (165) hält für einen Nachteil der Methode, dass nicht das Kranke, das Myom, beseitigt wird, sondern dass die Eierstöcke vernichtet werden und die Geschwulst im Körper bleibt. Auch Spaeth (168) zieht im allgemeinen die Operation der Röntgenbehandlung vor, obschon er sie auch angewandt hat. Schauta (cf. „Myome" 152) bezeichnet die Röntgenbehandlung der Myome als eine unblutige Kastration, die als ein wertvoller therapeutischer Gewinn anzusehen ist, jedoch nicht an die Stelle der operativen Behandlung gesetzt werden soll. Man muss eine sorgfältige Auswahl der Fälle treffen.

Von guten Erfolgen der Bestrahlung sei hervorgehoben, dass, abgesehen von dem Aufhören der Blutungen, mehrere Autoren auch ein **Kleinerwerden** oder sogar **Verschwinden der Tumoren** beobachtet haben, so u. a. Albers-Schönberg (3; in 45% der Fälle Verkleinerung, in 18% Verschwinden), Alexandrow (8; zweimal Kleinerwerden; völliger Schwund niemals), Charlier (cf. Bouchacourt et Chéron, 23; die Menstruation blieb bestehen), Courmelles (29; besonders wenn die Tumoren jung sind), Czyborra (31), Frank (40; in allen 14 Fällen beträchtliche Schrumpfung, welche allerdings noch nicht immer gleichbedeutend mit einer Verminderung der Blutung war), Franz (45; in 25% der Fälle), v. Graff (52), Hänisch (59), Heimann (66; in allen Fällen deutliche Schrumpfung), Jaulin (78; die Tumoren wurden kleiner, verschwanden aber nicht), Kaestle 79), Kreuzfuchs (94; in nahezu allen Fällen Verkleinerung), Langes (104; in allen 14 Fällen deutliche Schrumpfung), Laquerrière et Loubier (108), J. Müller (124), Nemenow (127; in vier von 26 Fällen Verschwinden, in den übrigen bedeutende Grössenabnahme), Ostrcil (130; in allen vier Fällen), Pfahler (136; der Tumor war erst nach sechs Jahren ganz verschwunden, obschon die Patientin nach Ablauf des ersten Jahres nicht mehr bestrahlt worden war), Prochownick (138; das Gesamttempo des Tumorschwundes ist ausgesprochen schneller als früher nach Kastration; je kürzer die Behandlungsdauer, um so schneller der Tumorschwund) und Siredey (166; in fast allen Fällen Grössenabnahme).

Von anderer Seite wurde jedoch vereinzelt auch **Wieder- und Weiterwachsen der Tumoren** trotz der Bestrahlung beobachtet, so von Albers-Schönberg (3; zweimal) und Kehrer (cf. Kaiser, 81). Nach Courmelles (28 und 29) soll es Myome, die sich wirklich refraktär verhalten, nicht geben. Wenn die anfängliche Wirkung der Röntgenstrahlen nicht vorhält, so wendet Courmelles als Ersatz mit Erfolg Radium intrauterin an. Auch Holzbach (cf. „Röntgentherapie der Karzinome") hat seit Einführung der Freiburger Filternahbestrahlung einen gegen die Therapie refraktären Fall nicht beobachtet. Das Urteil anderer lautet darüber jedoch nicht so günstig und Albers-Schönberg (2) gibt zu, dass einzelne Tumoren von der Bestrahlung unbeeinflusst und also für die Operation erhalten bleiben.

Die **erhebliche Verstärkung der Blutung,** welche früher **zu Beginn der Behandlung** beobachtet und sehr gefürchtet wurde, lässt sich durch Anwendung anfänglich sehr hoher Dosen vermeiden (Heimann, 66).

Die **schmerzstillende Wirkung** der Röntgenstrahlenbehandlung wird von mehreren Autoren besonders gerühmt (Simonson, 164).

In welcher Weise die **Einwirkung** stattfindet, entweder nur **über die Ovarien,** oder auch **direkt durch Beeinflussung des Tumorgewebes,** darüber sind sich noch nicht alle Autoren ganz einig. Nach Albers-Schönberg (2) ist die Einwirkung auf die Myome in erster Linie eine ovarielle, sodann findet mit Sicherheit in einem nennenswerten Prozentsatz eine direkte Einwirkung auf die Tumorzelle statt. Auch Alexandrow (8) glaubt, dass ausser

der Wirkung auf das Ovarialgewebe ein unmittelbarer Einfluss auf das Fibromyom selbst anerkannt werden muss. Nach Béclère (16) soll die Wirkung der Röntgenstrahlen auf die Myome vielmehr auf direkte Beeinflussung des Tumorgewebes, wie auf solche der Ovarien beruhen. Foges (39) setzt die Röntgenbestrahlung einer Kastration gleich. Die bestrahlten Eierstöcke werden kleiner und verlieren ihre Graafschen Follikel. Die Elemente der weiblichen Keimdrüse, welche durch innere Sekretion die Funktion des Uterus normal erhalten, werden vernichtet. Auch nach d'Halluin (57) soll die Wirkung ausschliesslich über die Ovarien stattfinden. Dagegen ist Jaugeas (77) der Ansicht, dass die Bestrahlung sowohl über die Ovarien, wie direkt auf das Tumorgewebe wirkt, also nicht ganz der chirurgischen Kastration gleichzustellen ist. Kurihara (99) hat zu seiner Dissertation experimentelle Untersuchungen angestellt über die Röntgenstrahlenwirkung auf die Uterusmuskulatur. Küstner (100) erkennt die Beeinflussung des Myomgewebes durch die Röntgenstrahlen an, möchte aber noch abwarten, ob diese Veränderungen des Myomgewebes immer als vorteilhaft angesehen werden können, und erinnert dabei an die frühere operative Kastration. Lacassagne (102) hält es für wichtiger, den Tumor selbst zu bestrahlen als die Ovarien. Er hat bei Tieren experimentelle Bestrahlungen der Ovarien vorgenommen. Laquerrière et Loubier (108) sahen ein Fibrom kleiner werden, bevor das Ovarium beeinflusst worden war. Loose (111) legt den Hauptwert auf die Bestrahlung der Ovarien und überlegt sich in jedem einzelnen Falle, ob der Follikelapparat oder das Stroma der Ovarien den mit den Strahlen anzugreifenden Teil darstellt. Dem pathologischen Stroma (Hypersekretion?) misst er eine enorme Radiosensibilität bei und erklärt dadurch den raschen, günstigen Einfluss der Radiotherapie bei Metrorrhagien. Misserfolge der Radiumbestrahlung sind häufig durch unzulängliche Lage der Ovarien (bei grossen Tumoren) bedingt. Mennerich (119) machte eine Doktorarbeit über die Wertbeurteilung der Ovarienexstirpation bei Myoma uteri und ihre Beziehung zur Ovarienröntgenisation. Nach Prochownick (138) wird die direkte Wirkung der Strahlen auf die Zellen bzw. das Bindegewebe der Geschwülste immer sicherer. Regaud et Lacassagne (139 und 140) haben sich besonders auf das Studium der ovariellen Veränderungen infolge Röntgenbestrahlung bei Kaninchen wie beim Menschen zugelegt. v. Schroeders Dissertation (157) handelt darüber, in welcher Weise das Uterusmyom durch Röntgenstrahlen beeinflusst wird. Stern (171) glaubt, dass die Wirkung der Strahlen indirekt über die Ovarien stattfindet. Auch Schauta (149) nennt die Röntgentherapie der Myome eine unblutige Kastration.

Im Zusammenhang mit der Frage, in welcher Weise die Einwirkung der Strahlen auf die Tumoren stattfindet, seien hier die Arbeiten erwähnt, die sich mit dem Studium der **histologischen Veränderungen in den Tumoren und in den Ovarien infolge der Röntgenbestrahlung** befassen. Czyborra (31) hatte Gelegenheit, ein durch Operation gewonnenes, vorher bestrahltes Myom mit den dazugehörigen Ovarien histologisch zu untersuchen. Es fand sich eine sehr zellarme Uterusmuskulatur und eine auffällige Drüsenarmut der Mukosa. In den beiden sehr kleinen Ovarien fehlten Graafsche Follikel; Primordialfollikel waren vorhanden, jedoch degeneriert und mit einem Detritus unbestimmter Formation gefüllt. Das Bindegewebe beherrschte das ganze Bild. Auch Foges (39) hat das Verschwinden der Graafschen Follikel infolge der Bestrahlung konstatieren können. Folglich werden die Elemente der weiblichen Keimdrüse, welche durch innere Sekretion die Funktion des Uterus normal erhalten, vernichtet. Kriwsky (95) konnte an Präparaten eines fibromatösen Uterus, der vorher röntgenisiert worden war, mikroskopisch bedeutende Wucherung des Bindegewebes sowohl zwischen den Muskelbündeln wie zwischen den einzelnen Muskelzellen konstatieren. Infolge Kompression sind die Muskelzellen atrophiert, die Kerne sind kaum färbbar. Bei Färbung nach van Gieson erweist sich das Gewebe als stark hyalin degeneriert; desgleichen auch die Gefässwandungen und das die Kapillaren umgebende Bindegewebe. Kurihara (99) stellte experimentelle Untersuchungen an über den Einfluss der Strahlenwirkung auf die Uterusmuskulatur und legte seine Resultate in einer Dissertation nieder. Was die Veränderungen im Myomgewebe betrifft, ist Küstner (100) nicht ganz beruhigt darüber, ob diese immer als vorteilhaft angesehen werden können. Das Gegenteil wurde früher nicht selten nach der operativen Kastration beobachtet und es entstand dadurch eine dringlichere Indikation zur operativen Entfernung der Myome, als vorher. In einer französischen Dissertation von Lacassagne (101) sind histologische und physiologische Untersuchungen veröffentlicht über den Einfluss der X-Strahlenwirkung auf die Ovarien und Schlüsse daraus gezogen (102) bezüglich des therapeutischen Wertes der Röntgenbehandlung in der Gynäkologie. Müller (125) teilt den Befund an einem wegen Rezidivblutung nach Röntgenbestrahlung operierten Myom mit. Der Misserfolg soll Folge der Erhaltung eines Restes von funktionstüchtigem Ovarialgewebe sein. Auch Regaud et Lacassagne (139 u. 140) haben sich

mit dem Prozess der Degeneration der Follikel in röntgenisierten Ovarien befasst. Rosenstein (145) fand an Myomen als Folge der Bestrahlung hyaline Quellung des Bindegewebes, zugrunde gegangene Muskelzellen und aus ihrem Verbande gelöste und regellos durcheinander geworfene Muskelfasern. Spaeth (168) konstatierte in den Eierstöcken einer mit hohen Dosen behandelten Myompatientin deutliche Degeneration des Follikelepithels.

Über die **Biochemie der Strahlenwirkung** hat Bordier auf dem IV. internationalen Kongress für Physiotherapie in Berlin einen Vortrag gehalten, der im Original erschienen ist (21). Auch Nogier et Regaud (129) haben die biologischen Wirkungen hoher Dosen harter, durch Filtration gewonnener X-Strahlen und ihre therapeutische Anwendung studiert. v. Schroeder (157) hat in seiner Dissertation dasselbe Thema berührt.

Im innigen Zusammenhang mit der biologischen Wirkung der Strahlen auf Tumorgewebe und Ovarien steht der **Einfluss,** den die Bestrahlung auch **auf andere lebenswichtige Organe des Körpers** ausübt und dieser kann zur Erklärung der **Folgen** herangezogen werden, denen der **Gesamtorganismus** durch die Bestrahlung ausgesetzt ist. Dieselben werden von den verschiedenen Autoren sehr verschieden eingeschätzt, sind aber jedenfalls bei der Feststellung der zugelassenen **Strahlendosis** von der grössten Wichtigkeit. Wenn auch nach der Freiburger Schule die Allgemeinerscheinungen einfach als „Röntgenkater" bezeichnet und dementsprechend bewertet werden, trachten doch viele andere Röntgenologen diese Erscheinungen möglichst zu vermeiden, indem sie versuchen, mit der möglichst kleinsten Strahlendosis auszukommen. Von verschiedenen Seiten wird gegen den Gebrauch zu grosser Strahlenmengen gewarnt. Voran stehen wie immer Albers-Schönberg (3) und seine Schüler. Auf die Arbeiten von Fränkel (41), Heynemann (69), Hirsch (70), Kaestle (80), Krause (91), Lorey (113), J. Müller (124), Pfahler (135) u. a. sei in dieser Beziehung hingewiesen, die alle nicht mehr geben wollen, wie gerade und unbedingt nötig ist. Krause (91) hat im Anschluss an den Röntgenkater bereits zweimal längerdauernde Psychosen beobachtet. Kreuzfuchs (92) kommt in einem kritischen Übersichtsreferat zum Schluss, dass zwar die nackten Zahlen zugunsten der Intensivbestrahlung sprechen. Erwägt man aber, dass schon bei der milden und nicht kostspieligen Bestrahlung 76% Heilungen erzielt werden können, dann fragt es sich, ob es gerechtfertigt ist, wegen des selbst zugegebenen Zuwachses an 24% Heilungen, die immerhin nicht auszuschliessenden Gefahren der Spätschädigung und das ungeheure Anwachsen der Behandlungskosten in Kauf zu nehmen. Die milde Behandlung ist gefahrlos und setzt bei einer Heilung von 76%, wenn die restierenden Fälle operiert werden, die Mortalität sofort auf etwa 1% herab. Matthaei (117) verwirft die neumodische forcierte Freiburger Bestrahlung vollkommen und weist auf die ganz erhebliche Leukozytose hin, welche durch die Bestrahlung hervorgerufen wird und anzeigt, dass eine Alteration des Blutes stattfindet. Weiter sind die schweren Schädigungen von Herz und Zirkulationsorganen nicht gering zu bewerten. Sieht man doch noch nach Jahren Spätwirkungen eintreten, welche auf langsam ganz schleichend sich entwickelnde Schädigungen der Gefässe schliessen lassen. Auch Reifferscheid (142) hält den Röntgenkater für eine durchaus nicht gleichgültige Erkrankung und die Gefahr der Spätschädigung durch zu grosse Dosen für gar nicht ausgeschlossen. Sippel (165) ist derselben Meinung; dagegen sollen mit der Albers-Schönbergschen Methode Schädigungen nicht vorkommen. Spaeth (168) nimmt eine Mittelstellung ein; bei schwer ausgebluteten Frauen greift er auch zu grossen Dosen. In der Diskussion (138) können sich aber Prochownick, Hänisch u. a. damit nicht vereinigen. v. Seuffert (cf. „Röntgentherapie der Karzinome", Döderlein) begründet die Anwendung der Intensivbestrahlung folgendermassen. Zur Erzielung der Amenorrhoe genügen oft kleine Dosen. Da man aber bei der ersten Bestrahlung nie wissen kann, ob ein solcher Fall vorliegt und in jedem Falle mit einer so geringen Dosis eine **Reizwirkung** erzeugt wird, die gefährliche Blutungen hervorrufen kann, ist man aus dem obersten therapeutischen Grundsatz: nil nocere, gezwungen, in jedem Falle sofort eine Dosis zu geben, von der man sicher ist, dass sie wenigstens keine schädliche Reizwirkung auslöst und diese Dosis liegt um 200 X.

Direkte Schädigungen der Patientinnen durch die Röntgenbestrahlung wurden von mehreren Seiten bekanntgegeben. Begouin (17) sah in zwei Fällen nach dreiwöchentlichen Bestrahlungen von etwa 20—30 Minuten schwere Allgemeinerscheinungen in Form von Anämie, Abmagerung, Temperaturerhöhung, Leibschmerzen, schmieriger Ausfluss und Ödem der Beine auftreten. Die eine Frau heilte durch Aussetzen der Bestrahlung und Ruhe, die zweite starb trotzdem sechs Tage nach der vierten Bestrahlung (Diskussion: Chavannaz glaubt, die Fibrome seien vorher schon nekrotisch gewesen). Maunoury (cf. Bouchacourt et Chéron (23) hat in drei Fällen trotz aller Vorsichtsmassregeln so starke Hautverbrennungen gesehen, dass er wieder ganz von der Röntgenbestrahlung abgekommen ist.

Calmann (25) weist darauf hin, dass besonders die submukösen Myome verschieden auf die Bestrahlung zu reagieren scheinen, ohne dass es möglich ist, vorher festzustellen, welche von ihnen die Röntgenbehandlung vertragen und welche nicht. Er erinnert an einen früher mitgeteilten Fall von Verjauchung und Nekrose submuköser Myome nach Röntgenbehandlung, die zu schwerster Erkrankung und sechs Wochen nach der unter ungünstigen Verhältnissen ausgeführten Operation zum Tode führte. Gauss (48) behauptet dagegen in einem Bericht über 150 Fälle, trotz der sehr grossen Dosen niemals Hautschädigungen gesehen zu haben. Er führt dies auf seine Filterung mit 3—4 mm Aluminium zurück. Haendly (55) bezeichnet ebenfalls bei guter Technik die Gefahr schwerer Hautschädigung für gering; Darmschädigungen hält er für möglich. Weisswange (cf. Kaiser 81) berichtet über eine starke Hautverbrennung. Lacassagne (102) konnte bei grösseren Tieren eine völlige Follikelzerstörung nur durch so grosse Röntgenstrahlendosen erhalten, dass die Tiere an Darmschädigungen eingingen. Rominger (144) hat seine klinischen Erfahrungen über die Hautschädigungen bei gynäkologischer Tiefentherapie mit schwachgefilterten Röntgenstrahlen mitgeteilt. Rosenstein (145) fand bei der Operation eines Myoms nach längerer Bestrahlung, soweit die Pigmentierung der Röntgenstrahlen reichte, Verwachsungen des Netzes mit der vorderen Bauchwand und von Darmteilen mit der Blase. Dagegen sollen bei Holzbach (73) trotz der Anwendung grosser Dosen (bis 800 X) und dreister Überschreitung der Erythemdosis (3 mm Aluminiumfilterung) Verbrennungen nicht vorkommen. Sippel (165) hat während der Bestrahlung die **Nierenfunktion** kontrolliert, konnte aber keine Albuminurie feststellen.

Von Becker (15) stammt eine Publikation: „Was soll der Nicht-Röntgenarzt über das **X-Erythem** wissen?“ Borell (22) hat klinische Untersuchungen über die Erythemgrenze bei der gynäkologischen Röntgentiefentherapie mit stark gefilterten Strahlen angestellt. Hänisch (59) hat bei 31 Fällen von Myombestrahlungen 16 mal Rötungen der Haut bemerkt, d. h. in über 50% der Fälle; zweimal kam es dabei zu nässender Dermatitis. Auch Langes (104) sah wiederholt Hautpigmentierungen, nach der Bestrahlung jedoch keine schwereren Hautschädigungen. Auch Kolde (89) behauptet, nie Hautschädigungen gesehen zu haben, wohl den sog. Röntgenkater. Hager (56) hat zur Klinik des Röntgenulcus geschrieben.

Auch über **Spätschädigungen** wird berichtet, von anderen werden sie ausdrücklich befürchtet [Albers-Schönberg (3), Reifferscheid (142), v. Schroeder (157)]. Matthaei (117) befürchtet schwere Schädigungen des Blutes, des Herzens und der Zirkulationsorgane. Man sieht manchmal noch nach Jahren Spätwirkungen eintreten, welche auf langsam ganz schleichend sich entwickelnde Schädigungen der Gefässe schliessen lassen. Hedinger (64) demonstriert ein Carcinoma sarcomatodes corporis uteri bei einer 57 jährigen Frau, welche vor zwei Jahren wegen eines faustgrossen Uterusmyoms durch längere Zeit intensiv mit Röntgenstrahlen behandelt worden war. Jetzt findet man im Corpus uteri einen 2—3 cm messenden, teilweise exulzerierten Knoten, der mikroskopisch teils ein Rund-Spindelzellensarkom, teils einen Zylinderzellenkrebs darstellte. Myomatöses Gewebe konnte nicht mehr nachgewiesen werden. Die Blutgefässe zeigten teilweise die von R. Meyer beschriebenen Veränderungen. Er glaubt wenigstens an die Möglichkeit eines Zusammenhanges dieser malignen Geschwulstbildung und der Bestrahlung. Dagegen hält Bordier (20) die gefürchteten Spätreaktionen im Sinne von Spéder für ausgeschlossen, wenn man sich seiner Technik bedient, die er genau angibt.

Die **Ausfallserscheinungen** der künstlich hervorgerufenen Menopause durch die Bestrahlung sind meist gelinde, bleiben aber anscheinend doch nie ganz aus. Albers-Schönberg (2), Bordier (20), Foges (39), Haendly (55), Hänisch (59), Langes (104), v. Seuffert (161) u. a. äussern sich in diesem Sinne. v. Seuffert (161) empfiehlt deswegen in weniger dringenden Fällen nicht auf einmal die Ovarialfunktionen durch maximale Dosen zu vernichten. Die Ausfallserscheinungen sollen dann kaum heftiger sein als die Beschwerden der Wechselzeit bei ganz gesunden Personen. Nach v. Seuffert treten ceteris paribus die Ausfallserscheinungen um so stärker auf, je rascher man die Menopause herbeiführt. Mohr (122) hat sie auch in seiner Statistik berücksichtigt. Stoeckel (cf. Langes, 104) fürchtet sie bei jungen Frauen und will bei diesen deshalb die Myome nach wie vor operieren.

Die meisten Röntgenologen stellen die untere Altersgrenze der Frauen, die wegen Myom bestrahlt werden sollen, auf 40 Jahre. Es würde uns hier zu weit führen, genauer auf die einzelnen **Indikationen und Kontraindikationen** der Bestrahlungsbehandlung einzugehen. In den wichtigsten Punkten ist jetzt wohl Übereinstimmung erreicht. Es genügt hier auf folgende Arbeiten hinzuweisen, die sich alle mehr oder weniger ausführlich mit der Indikationsstellung zur Röntgenbehandlung befassen: Bordier (20), Courmelles (28),

Dieterich (32), Eymer (37), Fleischmann (cf. „Myome", 49), H. Freund (46), v. Graff (52), Laquerrière (cf. d'Halluin, 57), Kosminski (90), Laquerrière (105 u. 106), Lorey (114), Loose (111), Walthard und Sippel (cf. Moses, 123), Miller (cf. „Myome, 120), Nemenow (127), Prochownick (138), Reifferscheid (142), Rosenstein (145), Runge (147), Schauta (149), Sellheim (160), Sippel (165), Siredey (166), Strassmann (172) u. v. a.

Über die **Vorteile der operativen gegenüber der Röntgentherapie** siehe bei „Myomen".

Die Beziehungen zwischen **Sarkom und Myom mit Rücksicht auf die Röntgentherapie** [Miller (121), Nemenow (127), Schlimpert und Miller (cf. „Sarkome")] und die **maligne Degeneration von Myomen** und deren Bedeutung für die Indikationsstellung der Strahlenbehandlung sind in den Kapiteln „Myome" und „Sarkome" abgehandelt. Miller (121) hält eine prinzipielle Operationsbehandlung der Myome aus Furcht vor Sarkom unberechtigt. Die Häufigkeit von Sarkom bei Myom soll etwa 2% betragen (cf. „Myome"!). Durch operative Behandlung wird in höchstens 25% der Uterussarkome eine sichere Dauerheilung erzielt, während die Mortalität der Operation selbst immer noch 4—5% betragen soll. Die Wahrscheinlichkeit, dass ein vorhandenes Sarkom nicht erkannt und daher aus falscher Indikationsstellung der Röntgenbehandlung unterworfen wird, berechnet Miller auf 0,8%. Folglich gehen durch die Bestrahlung immerhin noch weniger Patienten zugrunde, wie durch die operative Behandlung. Ausserdem werden vielleicht auch die Sarkomzellen ähnlich den Karzinomzellen durch die Bestrahlung günstig beeinflusst. Nemenow (127) hat sogar absichtlich einen Fall von mit Adenokarzinom kompliziertem Myom mit Röntgenstrahlen behandelt und relativ gutes Resultat gesehen.

Adnexerkrankungen werden von sämtlichen Autoren als eine Kontraindikation gegen die Bestrahlung angesehen: H. Freund (46), Heimann (65), Kosminski (90), Kreuzfuchs (94), Nemenow (126). — Schirschow (cf. Nemenow, 127) nennt unter den negativen Erscheinungen der Myombestrahlung die Wirkung der X-Strahlen auf gesunde Tuben, zuweilen **Bildung von Hämatosalpinx.**

Auch die **Dysmenorrhoe** eignet sich nicht zur Bestrahlung: Hamm (58), Heimann (66).

Bei **Pruritus vulvae** hatten Friedrich (47) und Peiser (134) sehr gute Resultate; die Frauen wurden beschwerdefrei. Hamm (58) verspricht sich von der Bestrahlung auf diese Indikation hin nicht viel, während Hammerschlag (cf. „Röntgentherapie der Karzinome") einen Fall von Pruritus vulvae mit Röntgenstrahlen behandelt hat, bei dem sich während der Bestrahlung auf der pruritisch veränderten Vulva ein Karzinom entwickelte. Hier hat also, zum mindesten gesagt, die Röntgenbestrahlung die Entwickelung des Karzinoms nicht verhindern können.

In einem Falle von Weitzel (173) wurde bei der Myombestrahlung ein vier Wochen altes Ei ausgestossen — **unbeabsichtigter Abort durch Röntgenstrahlen.**

Moses (123) hat in 13 Fällen von **Morbus Basedowii** durch Röntgenbestrahlung die Patienten heilen resp. wieder arbeitsfähig werden sehen.

Eymer (37) hatte bei **Peritonealtuberkulose** mit der Strahlenbehandlung gute Resultate; Fränkel (41) empfiehlt sie **zur fakultativen temporären Sterilisation bei Tuberkulösen.** Hamm (58) lehnt sie dazu ab.

Bouchacourt et Chéron (23), Courmelles (28 u. 29), Gauss (48), Laquerrière (107) und Krönig (97) empfehlen die **kombinierte Röntgen- und Radiumbestrahlung.** Näheres siehe unter b) „Radium- und Mesothoriumbestrahlung der Myome".

b) Radium und Mesothorium.

1. Abbe, R., The use of radium in malignant disease. XVII. Intern. med. Kongr. in London. 6.—12. August. Sect. of Radiology. Als Original erschienen in The Lancet. Nr. 4695. August 23. p. 524—527. (Verf. hat auch zwei Myome mit Radium bestrahlt. Die Tumoren verschwanden, die Blutungen hörten auf, die Patienten waren geheilt. Verf. glaubt, dass die Wirkung auf die Myome über die Ovarien stattfindet.)
2. Bouchacourt, L., et H. Chéron, Action de la radiothérapie et de la radiumthérapie sur les fibromes de l'utérus. Soc. de radiol. méd. de Paris. Séance de Mai. (Siehe unter a) „Röntgenstrahlen", Nr. 23.)
3. Chéron, H., Considérations sur la technique de la radiumthérapie des fibromes utérins. Arch. mens. d'obst, et de gyn. Nr. 1. p. 1—41. (Erfahrungen an 193 Myomfällen. Gute Resultate; keine Schädigungen. Besonders geeignet für kleine Tumoren, die sich auf das Becken beschränken. — Physikalische Eigenschaften des Radiums. Technik der Bestrahlung; Kontraindikationen.)

4. **Chéron, H.**, Valeur de la radiumthérapie intra-utérine à doses massives dans le traitement des fibromes utérins. 17. Int. med. Kongr. in London. 6.—12. August. Ref. La Presse méd. Nr. 66. p. 675. (Technik der uterinen Radiumbestrahlung. Grosse Dosen (12, 15, 20 cg reines Radiumsulfat). Resultate sehr gut, besonders bei interstitiellen Fibromen, aber auch bei subperitonealen. Die Blutungen hören bald auf und die Tumoren nehmen an Grösse ab. Schädigungen hat Vortragender nie beobachtet.)

5. **Courmelles, Foveau de**, Radiumbestrahlung der Uterusmyome. XVII. Int. med. Kongr. in London (6.—12. August). Ref. The Brit. med. Journ. Nr. 2747. August 23. p. 452. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 37. p. 2081. Nr. 40. p. 2258. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 38. p. 1863. Annales de gyn. et d'obst. Tome 10. Sept. p. 540—555 (sehr ausführlich). Wiener klin. Wochenschr. Nr. 45. p. 1876. Belgique méd. Nr. 40. p. 476. (Vortragender hat in Fällen, wo die Röntgenbestrahlung versagte, noch gute Erfolge von der Radiumbestrahlung gesehen, besonders wenn die Myome noch jung waren. Er hat 1—5 cg reines Radium 6—24 Stunden in oder um den Uterus gelegt, einwirken lassen und diese Applikation monatlich wiederholt.)

6. **Döderlein, A.**, Röntgenstrahlen und Mesothorium in der gynäkologischen Therapie. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. Heft 5. p. 553—593. (Siehe unter „Strahlentherapie der Karzinome".)

7. **Edling, L.**, Die Radiumtherapie der Myome und der klimakterischen Blutungen des Uterus. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 20. Heft 3. p. 303—316. (Die Erfahrungen erstrecken sich auf 17 Myompatienten mit einem Alter von meist über 40 Jahren. Die Beobachtungsdauer beträgt mit einer Ausnahme weniger als ein Jahr. Neun Myome wurden geheilt, vier wesentlich gebessert; die Tumoren wurden wesentlich kleiner. Ausfallserscheinungen traten fast immer auf. Nebenerscheinungen: Temperaturerhöhung, Übelkeit, vermehrte Pulsfrequenz. Die Verkleinerung der Tumoren beruht nicht auf direkter Degeneration des Muskelgewebes, sondern wird hervorgerufen durch Schwund der ödematösen Durchtränkung, der perimetritischen Infiltration. — Technik.)

8. **Gauss, C. J.**, und **B. Krinski**, Zur Mesothoriumbehandlung der Myome und Metropathien. XV. Versamml. d. Deutsch. Ges. f. Gyn. (Halle a. S.). Sitzg. vom 16. Mai. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 24. p. 1182. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 25. p. 1404. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 26. p. 1239. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 24. p. 894. Gyn. Rundschau. Heft 14. p. 525. (Es wurde vaginal, zervikal oder intrauterin bestrahlt. Im allgemeinen bedarf es einer Bleifilterung von nicht weniger als 1 mm. Dicke und auch dabei ist die Hautschädigung nicht ganz ausgeschlossen und besondere Vorsicht geboten. Die Folgen der Bestrahlung bei Myomen und Metropathien waren ausserordentlich günstig. Bei 30 Patienten ist die Behandlung abgeschlossen und ist Amenorrhoe und Myomschrumpfung bis zu völligem Schwund des Tumors eingetreten. Nur in 3% traten wesentliche Ausfallserscheinungen auf; bei 53% wurden Nebenwirkungen im Sinne eines Mesothoriumkaters beobachtet. Auch traten gelegentlich Temperatursteigerungen, Schwächeanwandlungen und Tenesmen im Bereiche der Blase und des Mastdarms auf. In Tierversuchen zwecks Beurteilung des Zustandekommens der Wirkung waren die pathologisch-anatomischen Veränderungen der Ovarien am stärksten in die Augen springend. Besonders auffällig erschienen gleichartige Veränderungen der Ovarien nach Injektion von Enzytol.)

9. **Krinski, B.**, Entwickelung und augenblicklicher Stand der Therapie mit strahlenden Substanzen in der Gynäkologie. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb., sowie deren Grenzgebiete. Bd. 3. Heft 2. p. 33—41. (Ergebnisse der Radiumbestrahlung von Myomen und Karzinomen.)

10. **Krönig, B.**, Radiumtherapie der Myome. XVII. Intern. med. Kongr. in London. 6.—12. August. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 38. p. 1786. Münchn. med. Wochenschrift. Nr. 37. p. 2081. (Die Freiburger Klinik bevorzugt bei jugendlichen Individuen, die relativ grosse Mengen Röntgenstrahlen brauchen, um amenorrhoisch zu werden, mit Vorliebe kombinierte Behandlung von Röntgen und Mesothorium. Der Vorteil der reinen Mesothoriumbehandlung scheint darin zu liegen, dass die Ausfallserscheinungen geringer sind. Dagegen scheinen Röntgenstrahlen intensiver auf die Verkleinerung des Tumors zu wirken. Der Vorteil der intrauterinen Anwendung des Mesothoriums über der vaginalen und abdominalen liegt in der schnell erzielten Amenorrhoe, der Nachteil in einer in zwei Fällen beobachteten möglichen Hämatometra infolge Verklebung des Cervikalkanals in der Gegend des inneren Muttermundes.)

11. Laquerrière, A., L'électrolyse du radium contre le fibrome utérin. Soc. belge de Radiologie. Séance du 23 Févr. Ref. Journ. de Radiol. Tome 7. Nr. 1. p. 28—31. La Presse méd. Nr. 41. p. 410. (Demonstration eines kleinen Apparates, der die Anwendung der Salze in der Uterushöhle ermöglicht. Die Blutungen bei Myom wurden verringert, Schmerzen günstig beeinflusst. Schrumpfung konnte nicht nachgewiesen werden. Verwachsungen haben sich gelöst.)
12. — Electrolyse du radium (methode de Haret) en gynécologie. XVII. Intern. med. Kongr. in London. 6.—12. August. Ref. La Presse méd. Nr. 66. p. 675. Revue mens. de gyn., d'obst. er de péd. Nr. 11. Nov. p. 681. (Vaginale Anwendung bewirkt leicht Reizung der Scheidenschleimhaut. Wirkung: a) blutstillend bei Fibromen und hämorrhagischer Metritis; b) inkonstant analgetisch; c) resorbierend auf periuterine Exsudate und Adhäsionen. Keine Wirkung auf die Grösse der Fibrome. — Intrazervikale Anwendung wird gut vertragen; heilsame Wirkung auf einzelne Metritiden der Cervix; stark blutstillende Wirkung. — Intrauterine Anwendung ist nur mit Hilfe der von Laquerrière angegebenen Sonde gut möglich. Besonders gute Wirkung auf Myomblutungen.)
13. Nahmmacher, F. W., Radiumtherapie der Myome und Metropathien. Ges. f. Natur- u. Heilk. zu Dresden. Sitzg. vom 1. Nov. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 52. p. 2923. (In den letzten vier Jahren wurden 14 Myome bestrahlt, davon zwei an Grösse bis zum Nabel. In 10 Fällen trat Amenorrhoe, in zwei Fällen Oligomenorrhoe ein. Seit Anwendung grösserer Dosen auch auffallend oft schnellere Schrumpfung der Tumoren. Die beiden grossen Myome jedoch mussten schliesslich operiert werden. Das Radiumröhrchen wird im Uterus eingelegt. Die Erfolge sind in ca. 3—5 Wochen zu erreichen, also schneller als bei der Röntgenbehandlung. Obwohl die Funktion der Ovarien schneller aufhört als bei der 3—4 monatlichen Röntgenbestrahlung, sind Ausfallserscheinungen nur sehr selten beobachtet worden.)
14. Pinch, A. E. H., A report of the work carried out at the London radium institute from August 14, 1911 to Dec. 31, 1912. The Brit. med. Journ. Nr. 2717. Jan. 25. p. 160—161. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 31. p. 1733. (Es wurden bisher erst vier Fälle von Uterusmyomen bestrahlt, von denen zwei noch zu kurze Zeit, um ein endgültiges Urteil über die Resultate der Behandlung abgeben zu können. In den beiden anderen Fällen war deutliche Besserung aller Krankheitssymptome zu verzeichnen; dieselben werden aber noch weiter behandelt. Technik und zwei ausführliche Krankengeschichten.)
15. Pinkuss, A., Die Mesothoriumbehandlung bei hämorrhagischen Metropathien und Myomen. XI. Kongr. d. deutsch. Ges. f. Gyn. Sitzg. zu Halle am 16. Mai. Als Original erschienen i. d. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 22. p. 1041—1044. Ref. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 27. p. 1132. (Technik der Bestrahlung; die intrauterine Applikation benutzt Verf. nicht. Die Wirkung wird von den Ovarien übermittelt; dieselben besitzen eine besondere Radiosensibilität. Das Anwendungsgebiet ist dasselbe wie das bei der Röntgentiefentherapie. Die Mesothorbestrahlung ist vorzugsweise in dem der Menopause sich nähernden Alter indiziert. Die Ausfallserscheinungen treten in milderer Form als nach der operativen Kastration auf. In sieben Fällen von hämorrhagischer Metropathie wurde dreimal Amenorrhoe und dreimal Oligomenorrhoe erzielt. In vier Fällen handelte es sich um Myome; davon wurde in zwei Fällen Amenorrhoe erzielt. Verf. bestrahlte mit nur sehr kleinen Mengen (bis zu 30 mg) Radiumbromidaktivität.)

Auch die Radiumbestrahlung wurde in die Therapie der Myome eingeführt. Bouchacourt et Chéron (2), Fränkel (cf. „Röntgentherapie der Myome", 42), Krönig (10) und Laquerrière (11) wendeten sie **in Kombination mit der Röntgenbestrahlung** an und sahen oft noch Erfolge in Fällen, bei denen die Röntgenbehandlung allein resultatlos geblieben war. Krönig (10) macht besonders bei jungen Frauen von der Kombination der beiden Bestrahlungsarten Gebrauch, weil diese sonst relativ grosse Mengen Röntgenstrahlen brauchen, um amenorrhoisch zu werden.

Ergebnisse der Bestrahlung werden von Abbe (1; in zwei Fällen), Chéron (3; 193 Fälle), Edling (7; 17 Fälle), Gauss u. Krinski (8; im ganzen, mit Metropathien 30 Fälle), Krinski (9; Sammelreferat), Krönig (10), Laquerrière (12), Nahmmacher (13; 14 Fälle), Pinch (14; vier Fälle), und Pinkuss (15; vier Fälle) mitgeteilt, die alle günstig lauten. Besonders die sichere und schnelle Wirkung auf den Blutungen wird sehr gerühmt.

Verschwinden oder Kleinerwerden der Tumoren unter Einfluss der Bestrahlung sahen Abbe (1), Chéron (4), Edling (7), Gauss (8) und Nahmmacher (13). Laquerrière (12) dagegen konnte keine Wirkung auf die Grösse der Fibrome feststellen und auch Krönig (10) glaubt, dass die Röntgenstrahlen in dieser Beziehung eine intensivere Wirkung ausüben wie die Radiumstrahlen.

Die **Beeinflussung der Tumoren** findet wahrscheinlich **auf dem Wege über die Ovarien** statt [Abbe (1), Gauss (8), Pinkuss (15)]. Letztere sollen eine besondere Radiosensibilität besitzen [Pinkuss (15)]. Im Tierversuch waren die pathologisch-anatomischen Veränderungen der Ovarien am stärksten in die Augen springend. Auffällig erschienen gleichartige Veränderungen der Ovarien nach Injektion von Enzytol [Gauss (8)].

Ihre **Technik** teilen Chéron (3 u. 4), Courmelles (5), Edling (7), Gauss (8), Laquerrière (12) und Pinch (14) in Einzelheiten mit. Béclère (cf. „Röntgentherapie der Myome", Bouchacourt et Chéron, (23) nennt die Radiumsalze eine „Taschenausgabe der Röntgenröhre". Meist wird intrauterin bestrahlt. Pinkuss (15) macht dies nicht und auch Krönig (10) hat davon in zwei Fällen den Nachteil gesehen, dass infolge Verklebung des Zervikalkanals in der Gegend des inneren Muttermundes eine Hämatometra entstand.

Die **Ausfallserscheinungen infolge der Radiumbestrahlung** sollen gering sein; nach Krönig (10) sogar milder wie bei der Röntgenbestrahlung. Jedoch wurden auch Allgemeinerscheinungen im Sinne eines Mesothoriumkaters, sowie gelegentlich Temperatursteigerungen, Schwächeanwandlungen und Tenesmen im Bereiche der Blase und des Mastdarms beobachtet [Edling (7), Gauss (8)]. **Schädigungen** wurden noch nicht publiziert (cf. „Radiumbestrahlung der Karzinome"!).

Laquerrière (12) konnte auch eine besondere resorbierende Wirkung auf periuterine Exsudate und Adhäsionen feststellen.

Myom und Schwangerschaft.

1. Arnavas, G., Isterectomia totale addominale per fibromiomi uterini complicati da gravidanza al secondo mese. Gazz. d. osp. e d. clin. Vol. 34. Nr. 144. p. 1511—1512. (Kasuistisch. Indikation zur Operation waren Blutungen und Schmerzen und ausserordentlich starkes Wachstum des Tumors. — Statistiken.)

1a. Audebert et F. Fournier, Accouchement spontané dans quelques cas de fibrome „praevia". Congrès national de Gyn., d'Obst. et de Péd. Séance du 25—29 Mars à Lille. Ref. Ann. de gyn. et d'obst. XL Année. Tome 10. p. 246—247. La Presse méd. Nr. 28. p. 281. Revue de gyn. et de chir. abd. Tome 20. Nr. 4—5 (Avril-Mai). p. 531. La Gynéc. Nr. 5. p. 303. Als Original erschienen in Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. VIII Année. Nr. 5. p. 309—322. (Vier Fälle, die alle spontan zu Ende gingen. Verff. raten zu abwartendem Verhalten während mindestens vier Stunden nach Eintritt der Wehen. Meistens steigen die Tumoren noch während des Partus spontan aus dem Becken heraus in die Bauchhöhle empor. Diskussion: Pinard will bei Steisslage länger abwarten wie bei Schädellage.)

2. Benthin, W., Myom und Gravidität. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 28. Juni. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 38. p. 1856. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Heft 3. p. 356. (Bei einer 28jährigen IVpara, die vor zwei Jahren zum letztenmal geboren hatte, wurde ein faustgrosses, nekrotisches, in die Vagina geborenes Myom abgetragen. Der Stiel inserierte im Fundus. Hier fand sich nun ausserdem noch Plazentargewebe; mikroskopisch wurden typische Chorionzotten nachgewiesen.)

3. Bonney, V., Enucleation of six large fibroids after sectio caesarea at term. Sect. of Obst. and Gyn. of the Royal Soc. of Med. Meeting on Dec. 4. Ref. The Lancet. Nr. 4712. Dec. 20. p. 1766. (Vortragender empfiehlt diese Methode für alle Fälle von Schwangerschaft und Myom bei nicht infiziertem Uterus.)

4. Breil, W., Über einen Fall von Uterus unicornis gravidus mit Myom des rudimentären Nebenhornes. Dissert. Bonn.

5. Carmichael, E. W. Scott, Two tumours complicating pregnancy. Edinb. Obst. Soc. Meeting on June 9. Ref. Edinb. med. Journ. Vol. 11. Nr. 2. August. p. 152. The Lancet. Nr. 4691. July 26. p. 223. The Brit. med. Journ. Nr. 2742. July 19. p. 124. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 24. Nr. 2. August. p. 124—125. (Bei einer 42jährigen Ipara wurde im fünften Schwangerschaftsmonat wegen heftiger

Schmerzen durch Laparotomie ein apfelgrosses Myom vom Fundus des Uterus entfernt. Dabei wurde festgestellt, dass ein grösseres Myom sich in der Cervix befand, das eine spontane Entbindung voraussichtlich unmöglich machen würde. Die Schwangerschaft ging ungestört weiter und am Endtermin derselben wurde die Patientin durch Kaiserschnitt mit anschliessender Hysterektomie von lebenden Zwillingen entbunden.)

6. Castello, S. V., Fibrome utérin et grossesse. Revista de Med. y Cir. de la Habana. 1912. Tome 17. Nr. 19.

6a. Caturani, M., Two cases of fibroids of the uterus complicating pregnancy, with demonstration of specimens. Post-graduate. Tome 28. p. 59—60.

7. Chenhall, W. T., Two cases of uterine myomata complicating pregnancy. Australian med. Gaz. Nr. 6. August. 9 p. 122—123. (In beiden Fällen wurde das Myom abdominal enukleiert und ging die Schwangerschaft ungestört weiter.)

8. Chomjakowa-Busslowa, A. P., Über Komplikation der Schwangerschaft mit Uterusmyom. Festschr. f. Lindemann. Kiew. 1912. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 12. p. 448. (Beschreibung von drei Fällen.)

9. Christiani, A., Hystereuryse bei Myom unter der Geburt. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 73. Heft 2. p. 390—396. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 31. p. 1525. La Sem. méd. Nr. 40. p. 476. (Beschreibung eines Falles, in welchem es Christiani in Narkose gelang, ein grosses, die Geburt des Kopfes behinderndes Myom der hinteren Uteruswand teilweise aus dem kleinen Becken nach oben zu befördern und durch Einlegen eines Metreurynters in die jetzt zugängliche Uterushöhle die Wehen derartig anzuregen, dass der Tumor innerhalb von neun Stunden sich von dem Beckeneingange ganz zurückzog. Dadurch gewann der Kopf Platz, um ins kleine Becken einzutreten. Die Geburt konnte dann, ohne operative Inangriffnahme des Myoms, beendet werden: Perforation des toten Kindes, das dann spontan geboren wurde. Schon nach zwei Monaten trat eine neue Schwangerschaft ein, die mit der spontanen Geburt eines ausgetragenen, lebenden Kindes ihr Ende erreichte.)

10. Clinton, J., Inversion des Uterus; Beobachtung eines Falles von Inversion mit Fibrom während des Puerperium. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 16. Nr. 6. Juli. p. 632—645. (42jährige Frau ist nach normaler Entbindung und ungestörtem Wochenbett am 10. Tag aufgestanden. Am 14. zunehmende Leibschmerzen und man findet die Scheide von einer weichen Masse ausgefüllt. Bei der Entfernung derselben öffnet man das Peritoneum und stellt bei der nachfolgenden Laparotomie fest, dass es sich um ein grosses Myom am invertierten Uterus gehandelt hat. Kolpohysterektomie. — Akute Inversion soll 35% Mortalität haben, chronische dagegen nur 6%. Therapeutisch in beiden Fällen Versuch zu reponieren; falls dieses nicht gelingt, Kolpohysterektomie.)

11. Davis, A. B., Myomectomy at the eight week, pregnancy not interrupted; normal delivery at term. Amer. Assoc. of Obst. and Gyn. Meeting at Providence, Rhode Island. Sept. 16—18. Ref. The Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 68. Nr. 431. Nov. p. 865—866. (Kasuistisch; 30jährige Ipara. Das subseröse Myom drang bis auf Zweidrittel der Wanddicke in die Uteruswand vor, wurde ausgeschält und die Wunde vernäht. Weiteres in der Überschrift.)

12. Davis, E. P., Uterine fibroids complicating pregnancy and labor. Joint meeting of the Obst. Soc. of Philadelphia and the Gyn. Soc. of Chicago; at Philadelphia. May 9. Ref. The Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Childr. Vol. 68. Nr. 429. Sept. p. 535—538. (Diskussion zu Lynch (cf. Nr. 36). Davis hat Fälle gesehen, in denen die Myome kaum oder gar nicht als Tumoren zu erkennen waren und in denen trotzdem Störungen in der Schwangerschaft und bei der Geburt auftraten. Diese bestanden hauptsächlich darin, dass keine Wehen eintraten und schliesslich deswegen Kaiserschnitt gemacht werden musste. Er hat vier solche Fälle in seiner Praxis beobachtet. Krusen teilt 10 Fälle von Myomen in der Schwangerschaft aus seiner Praxis mit. Es wurden anscheinend alle operiert. Hirst hat 15 derartige Fälle operativ behandelt. Holmes und Boyd dagegen erheben Einspruch gegen unnötiges Operieren und behaupten, dass in den meisten Fällen von Myom und Schwangerschaft die Geburt ohne Störung spontan verläuft, die Tumoren nachher sich zurückbilden und dann ungestört weiter getragen werden können.)

13. Delle Chiaje, S., Fibromes sphacélés pendant les suites de couches. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Séance du 18 Nov. Ref. Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. 2 Année. Nr. 8. Nov. p. 663—666. (Kasuistisch. 40jährige Frau, Hydramnion. Geburt spontan. Am vierten Wochenbettstage Schüttelfröste und Fieber. Heisse Spülungen usw. Das Myom wird spontan ausgetrieben und schliesslich operativ ent-

fernt. — Diskussion: Pinard hätte den Tumor als Ursache des Fiebers sobald wie möglich entfernt.)

14. Doederlein, Th. O., and M. Herzog, A new type of ectopic gestation-pregnancy in an adenomyoma uteri. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 16. Nr. 1. p. 14—20. Ref. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 23. Nr. 4. p. 248—249. (Kasuistisch. 37jährige VIpara. Links vom Uterus im Parametrium ein mannskopfgrosser Tumor, über den die Tube verläuft. Totalexstirpation. Nach Eröffnung des Präparates wurde gleich oberhalb des Ost. internum eine Öffnung in der Uteruswand gefunden, für zwei Finger durchgängig, die in den Tumor führte. Derselbe zeigte eine unregelmässig geformte Höhle, in der die Plazenta lag. Die Tumorwand bestand aus Plazentargewebe, Deciduazellen und Uterusdrüsen mit kubischem Epithel bekleidet, an der Innenseite der Muskulatur, in der keine Drüsen mehr nachgewiesen werden konnten.)

15. Faugère, Leichte Entbindung bei einer Frau mit voluminösem, vorliegendem Fibrom. Syphilis der Mutter. Revue prat. d'obst. et de péd. 26 Année. Nr. 285. p. 42—49. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 33. p. 1247. (Ein Fibrom füllt etwa Zweidrittel der Beckenhöhle aus und reicht drei Finger über den Schambogen. Trotzdem liess sich das 3960 g schwere Kind mit der Zange entwickeln. Nach $1^1/_2$ Jahren zweite Entbindung. Das Fibrom war nachgewachsen. Die Nabelschnur lag bei ungeplatzter Blase vor. Bei eingetretener Dilatation Wendung. Das Fibrom lässt sich über den Beckeneingang hinaufschieben, der Fötus leicht extrahieren.)

16. Ferroni, E., Zervikalmyome und Schwangerschaft. Geb.-gyn. Ges. d. Marcken u. d. Emilia (Italien). Sitzg. vom 16. März. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Erg.-Heft. p. 389. (Demonstration von vier durch Hysterektomie gewonnene myomatöse puerperale Uteri. In zwei Fällen hatte die Schwangerschaft ihr normales Ende erreicht und wurden lebende Kinder erzielt, bei den beiden anderen war die Gravidität bis zum zweiten resp. zum fünften Monat vorgeschritten. Im letzten Falle wurde der Beckenraum vollständig von der Geschwulst eingenommen, so dass Harnentleerung bzw. Katheterismus unmöglich war. Es bestand ausserdem das klinische Bild einer schweren Toxikose. Die Möglichkeit einer Befruchtung bei Zervikalmyomen ist trotz der von ihnen verursachten lokalen Veränderungen als nicht gering zu bezeichnen.)

17. Fothergill, W. E., Exhibition of a specimen of caesarean hysterectomy for fibroid. North of England Obst. and Gyn. Soc. Meeting in Liverpool on Oct. 17. Ref. The Lancet. Nr. 4705. Nov. 1. p. 1259. The Brit. med. Journ. Nr. 2758. Nov. 8. p. 1230. (Das Fibrom sass ganz unten der vorderen Wand des Uterus auf und verlegte absolut den Beckeneingang. Durch den Kaiserschnitt wurden Mutter und Kind gerettet.)

18. Frank, R. T., Myomectomy for necrotic fibroid during the fourth month of pregnancy; normal labor; pyelitis postpartum. New York. Obst. Soc. Meeting of March 11. Ref. The Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 68. Nr. 427. July. p. 97—99. (Ergibt sich aus der Überschrift.)

19. Freund, H., Myomotomie im Wochenbett. XV. Versamml. d. deutsch. Ges. f. Gyn. (14.—17. Mai) in Halle a. S. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 29. p. 1378. Gyn. Rundschau. Nr. 14. p. 520.

20. Gemmell, J. E., Exhibition of a specimen of fibro-myoma complicating the puerperium. North of England Obst. and Gyn. Soc. Meeting in Liverpool on Oct. 17. Ref. The Lancet. Nr. 4705. Nov. 1. p. 1259. The Brit. med. Journ. Nr. 2758. Nov. 8. p. 1230. (Das Kind war ohne jede Störung geboren. Am dritten Tage jedoch zeigten sich Zeichen von Sepsis, welche die Entfernung des nekrotischen Tumors erforderten.)

21. Gibson, M. J., Fibroid uterus removed after caesarean section for obstructed labour and placenta praevia. Sect. of Obst. of the Royal Acad. of Med. in Ireland. Meeting on Nov. 7. Ref. The Lancet. Nr. 4712. Dec. 20. p. 1771. (Patientin war kollabiert nach längerer Tamponade eingeliefert worden. Heilung.)

22. Grosse, A., et X. Pasquereau, Fibrome utérin compliqué de grossesse; hystérectomie; guérison. Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. Nr. 11. Nov. p. 665—670. (Kasuistischer Fall.)

23. Hartmann, K., Myom und Schwangerschaft. Niederrhein.-westf. Ges. f. Gyn. u. Geb. Sitzg. vom 3. Dez. 1911. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Erg.-Heft. p. 349. (Ipara hatte im dritten Monat ihrer Gravidität ein überfaustgrosses, breit in der Uteruswand sitzendes Myom, das enukleiert wurde. Die Schwangerschaft blieb erhalten.)

24. Hauser, H., Myom und Schwangerschaft. Klin. therap. Wochenschr. Nr. 11. p. 317. bis 323. (Sterilität und Fertilität bei Myomen. — Einfluss der Myome auf eine be-

stehende Gravidität; einer interkurrenten Gravidität auf Myome. — Schwierigkeiten der Diagnose. — Therapie. — Bericht über 10 eigene Fälle, bei denen dreimal konservativ vorgegangen wurde.)

25. Hendon, G. A., Uterine fibro-myoma in pregnancy; casuistic memoranda. Amer. Journ. of Surg. Nr. 11. p. 429—430. (Laparotomie wegen Myom. Es stellte sich dabei heraus, dass es sich um eine viermonatliche Schwangerschaft handelte. 24 Stunden post operat. Abort.)

26. Van der Hoeven, P. C. T., Myoom-operaties in de zwangerschap. (Myomoperationen in der Schwangerschaft.) Nederl. Maandschr. v. Verlosk. en Vrouwenziekten. 2. Jahrg. Nr. 5. p. 285—289. (Beim Zusammentreffen von Myom und Schwangerschaft fällt die Prognose meist besser aus, wie erwartet wurde; in sehr vielen Fällen verlaufen nämlich Schwangerschaft und Geburt ganz ungestört. Operation während der Gravidität ist denn auch nur auf strikte und dringende Indikation erlaubt. Diese kann gegeben sein durch 1. Kompression der Beckenorgane, durch die ileusartige Erscheinungen, Symptome von seiten des Magens, Pollakiurie und besonders bei intraligamentärer Entwickelung des Tumors Druck auf den Ureter mit sekundärer Hydronephrose hervorgerufen werden können; 2. so heftige Schmerzen, dass Unterlassen eines Eingriffes unmenschlich wäre; 3. Temperaturerhöhung, welche sekundäre Degeneration und speziell in der Schwangerschaft nicht seltene Nekrose vermuten lässt; 4. Stieldrehung des Tumors, allein oder mit dem Uterus und 5. starkes, unerklärliches körperliches Herunterkommen der Patientin (Pozzi). Die Diagnose ist besonders in der Schwangerschaft meist sehr schwierig. Kommt es zur Operation, so soll man subseröse Myome keilförmig exzidieren, intramurale enukleieren und erst wenn dies nicht gelingt, soll man die Exstirpation der Gebärmutter vornehmen. Die Prognose der Operationen ist in den letzten Jahren viel besser geworden wie früher. — Statistiken. — Nur einzelne eigene Krankengeschichten.)

27. Jones, W. C., Inversion of the uterus; with export of a case occuring during the puerperium and caused by a fibroid. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 16. Nr. 6. p. 632—650. (Im Anschluss an einen kasuistischen Fall stellt Verf. Betrachtungen an über die Ursache und die Therapie der Uterusinversion und gibt eine erschöpfende Zusammenstellung der gesamten Weltliteratur.)

28. Jordan, J. F., Myoma complicating pregnancy. Midland Obst. and Gyn. Soc. Meeting on March 4. Ref. The Lancet. Nr. 4673. March. 22. p. 829. The Brit. med. Journ. Nr. 2726. March 29. p. 668. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 23. Nr. 5. May. p. 344. (Einige Wochen nach der Entbindung wurde Hysterektomie gemacht. Der Tumor zeigte nekrobiotische Degeneration. Das Corpus uteri war auffallend klein, die Involution desselben muss ausserordentlich rasch vor sich gegangen sein. Diskussion: Martin hat rote Degeneration von Myomen nur in Zusammenhang mit Schwangerschaft beobachtet. Clare glaubt, dass Schmerzen in der Anamnese besonders auf diese Art der Degeneration hinweisen. Whitehouse glaubt nicht an Zusammenhang zwischen Schwangerschaft und roter Degeneration.)

29. Jung, Ph., Cervixmyome in der Schwangerschaft. Med. Ges. in Göttingen. Sitzg. vom 25. Juni. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 31. p. 1531. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 33. p. 1545. (Demonstration von einigen Präparaten. Die Therapie soll, wenn möglich, bei der Geburt eine konservative sein. Erst bei Geburtshindernis soll operativ vorgegangen werden.)

30. Kowner, E., Über die Beziehungen zwischen Uterustumoren und Schwangerschaft. Diss. Bern. (Die Untersuchungen erstrecken sich auf Uterusmyome und Karzinome. Aus dem Berner Material geht hervor, dass Myom und Sterilität in einem Abhängigkeitsverhältnis zueinander stehen. Die Sterilität stellt ein prädisponierendes Moment für die Entstehung der Myome dar. Je weniger Geburten eine Frau durchgemacht hat, desto mehr ist sie gefährdet, an Myom und Korpuskarzinom zu erkranken. Mehrgebärende erkranken häufiger an Portiokarzinom.)

31. Krupsky, Ein Fall von konservativer Myomektomie bei Schwangerschaft im achten Monat. Wratsch. Gaz. Nr. 51. Sitzungsber. der Pirogowschen Ges. zu Zurjew. (H. Jentter.)

32. Kubinyi, P. v., Operation der fixierten Retroflexion eines schwangeren Uterus, Myomenukleation, später normale Geburt. Gyn. Sekt. d. kgl. ungar. Ärztever. zu Budapest. Sitzg. vom 17. Dez. 1912. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 28. p. 1040.

33. Kusmin, P. J., Über die Geschwülste des Beckenausganges als Hindernis bei der Geburt. Wratsch. Gaz. Nr. 45. 1912. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 14. p. 513. (Bei

der Geburt befindet sich im unteren Teile der Beckenhöhle eine kindskopfgrosse Geschwulst, die aus der hinteren Cervixwand hervorging. Die Geschwulst — Fibromyom — wurde enukleiert. Geburt und Wochenbett normal.)

34. Lepage, G., et Vaudescal, Hystérectomie pour fibrome durant le post partum. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Séance du 19 Mai. Ref. Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. 2 Année. Nr. 5. Mai. p. 435—443. La Presse méd. Nr. 45. p. 452. La Gynéc. Nr. 7. p. 132. (Schwangerschaft und Geburt verliefen ungestört. Bei der Untersuchung wegen Nachblutung wurde das Myom der hinteren Uteruswand festgestellt. Am vierten Tage des Wochenbettes machten Infektionserscheinungen infolge Nekrose des Tumors operatives Eingreifen nötig. Hysterektomie. Heilung. Ausführliche Krankengeschichte. 2 Abb.)

34a. Lewin, A., Die Bedeutung der Myome während der Gravidität und Geburt. Diss. Berlin.

35. Linnert, G., Demonstration eines Uterus myomatosus, an dem ein Versuch der Fruchtabtreibung vorgenommen wurde, ohne dass Schwangerschaft vorlag. Verein der Ärzte in Halle a. S. Sitzg. vom 12. Nov. Ref. Münchn. med. Wochenschr. 1914. Nr. 2. p. 99. (57jährige Frau, seit vier Jahren in der Menopause, seit sieben Jahren Witwe, die letzte Entbindung vor 19 Jahren, wurde wegen Vaginitis, Urethritis und Cystitis aufgenommen und wegen Uterus myomatosus operiert. Im Uteruskavum fand sich ein kleinfingergliedlanges, bleistiftstarkes Stück Hartgummi von relativ frischem Aussehen. Schleimhautläsionen waren nicht vorhanden. Schwangerschaft lag nicht vor. Abtreibungsversuch wurde nicht zugegeben.)

36. Lynch, F. W., Fibroid tumors complicating pregnancy and labor. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 68. Nr. 429. p. 427—450. (Zusammenfassung der wichtigsten in der Literatur niedergelegten Anschauungen und Statistiken über dieses Thema. Im einzelnen werden behandelt: das Zusammentreffen von Myomen und Sterilität, der Einfluss der Schwangerschaft auf die Myome, der Einfluss der Myome auf die Schwangerschaft, Lageabweichungen des Fötus, Vorkommen von Placenta praevia und Extrauteringravidität infolge der Gegenwart von Myomen, der Einfluss von Myomen auf die Wehentätigkeit, der Verlauf des Puerperiums, die Diagnose und die Behandlung. Da es grössere amerikanische Statistiken nicht gibt, werden ausschliesslich die bekannten deutschen in Betracht gezogen. Eigene Beobachtungen enthält die Arbeit kaum, und zusammenfassende Schlüsse werden nicht gezogen. — Diskussion: Davis [cf. Nr. 12].)

37. Marchal, E., Ein Fall von Uterus bicornis unicollis myomatosus gravidus. Diss. Strassburg.

38. Martin, C., Exhibition of an uterus with both appendages removed on account of bilateral tubal gestation and small multiple uterine fibroids. Midland Obst. and Gyn. Soc. Meeting on Dec. 2. Ref. The Lancet. 1914. Nr. 4714. Jan. 3. p. 30.

39. Mc. Ilroy, A. L., A case of myomata complicated by pregnancy, Glasgow med.-chir. Soc. Meeting on Nov. 28. Ref. The Brit. med. Journ. Nr. 2764. Dec. 20. p. 1587. (30jährige, bisher seit sechs Jahren steril verheiratete Frau. Dysmenorrhoe und Menorrhagie. Supravaginale Hysterektomie: $4^1/_2$ monatliche Schwangerschaft mit mehreren Myomen in der Uteruswand, von denen eines degeneriert. Heilung.)

40. Mériel, E., Polype utérin cavitaire et avortement. Soc. d'obst. et de gyn. de Toulouse. Séance du 5 Mars. Ref. Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. 2 Année. Nr. 4. Avril. p. 415—416. (Der gestielte fibröse Polyp, der hoch im Uterus inseriert war, wurde bei der Nachuntersuchung wegen Blutung einige Tage nach einem Abort im zweiten Monat zufällig entdeckt. Abtragung, Heilung. Diskussion: Secheyron hält dies für eine seltene Beobachtung: meist führen submuköse Korpusmyome nicht zum Abort in so frühen Monaten.)

41. Neubner, H., Über Wochenbettsstörungen durch Uterusmyome. Diss. Heidelberg. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 20. p. 745. (Berichtet über Fälle aus der geburtshilflichen Poliklinik der Universitäts-Frauenklinik zu Berlin und der Heidelberger Frauenklinik. Während des Wochenbettes droht den Myomträgerinnen im Vergleich zu anderen Wöchnerinnen eigentlich nur eine etwas grössere Gefahr durch die Möglichkeit einer Infektion, die sich aber bis zu einem gewissen Grade durch vorsichtige, streng aseptische und möglichst konservative Geburtsleitung vermeiden lässt.)

42. Neumann, J., Laktation und Genitalzustand. Wiener klin.-therap. Wochenschr. Nr. 38. (Beim Bestehen einzelner Myomknoten oder sonstiger myomatöser Erschei-

nungen am Uterus, wo ein weiteres Eingreifen nicht erforderlich ist, ist das möglichst lange Stillen als vorteilhaft anzusehen.)

42a. Perdoux, Myomectomie dans une grossesse de 5 mois pour fibrome enclavé. Arch. provinc. de chir. Tome 22. Nr. 7. p. 409—412. (Operation durch starke ausstrahlende Schmerzen nach dem Oberschenkel und der linken Hüfte indiziert. Enukleation. Am 12. Tage Abort.)

43. Philips, Th. B., Fibromyoma uteri en steriliteit. Diss. Amsterdam. Nov. (184 S.) (Material der Universitäts-Frauenklinik — Prof. Treub — in Amsterdam. Statistische Untersuchung. Historische und kritische Literaturübersicht. Zusammenhang zwischen Fibromyom und Sterilität resp. verminderte Fertilität ist nicht zu verkennen. Die Abortfrequenz ist höher; in fast der Hälfte der Fälle ist der Tumor Ursache des Abortus. Bei verheirateten Myompatientinnen überwiegt die primäre Sterilität (81%) gegenüber der sekundären (19%). Dass Schwangerschaft etwa leichter bei subserösen Myomen eintritt, wie bei submukösen oder intramuralen Tumoren, liess sich nicht feststellen.)

44. Pierra, L., Deux observations de fibrome volumineux du segment inférieur, compliquant la grossesse, avec ascension de la tumeur au cours du travail. Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. Nr. 5. p. 328—332. (Kasuistisch: zwei Fälle. Im ersten Falle Fehlgeburt im sechsten Monat; Querlage, Wendung und Extraktion. Im zweiten Falle Schädellage am Ende der Schwangerschaft, Wendung und Extraktion. Man fühlte, wie während der Extraktion der Tumor aus dem Becken in die Höhe stieg. Austritt des Kindes in Beckenendlage soll am günstigsten sein; Steisslage kommt auch spontan am meisten vor. Abwartende Behandlung dieser Geburtskomplikation ist zu empfehlen. In den meisten Fällen ist die Geburt auf normalem Wege möglich.)

45. Purslow, C. E., Demonstration of an uterus the seat of a fibroid undergoing necrobiotic degeneration, removed during the puerperium. Midland Obst. and Gyn. Soc. Meeting on Dec. 6. 1912. Ref. The Brit. med. Journ. Nr. 2716. Jan. 18. p. 119.

46. Reifferscheid, K., Myom und Gravidität. Niederrhein.-westf. Ges. f. Gyn. u. Geb. Sitzg. vom 3. Dez. 1911. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Erg.-Heft. p. 349. (Demonstration: Opitz bemerkt dazu, dass Nekrosen an Myomen in der Schwangerschaft nichts Ungewöhnliches sind und dass durch diese lebhafte Schmerzen hervorgerufen werden. Diese Erweichung ermöglicht vielleicht die Resorption der Tumoren. Opitz hat in graviditate deutliche Verkleinerung der Tumoren feststellen können, in einem Falle glaubt er sogar mit völliger Sicherheit das völlige Verschwinden eines mannskopfgrossen Myoms in der Schwangerschaft beobachtet zu haben.)

47. Ruge II, Carl, Myom und Schwangerschaft. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. Sitzg. vom 28. Febr. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 36. p. 1332. (Demonstration zweier Präparate von gravidem Uterus mit Myom. In beiden Fällen sitzt die Plazenta dem Myom der vorderen Wand auf. Die Patientinnen waren zum zwölften resp. zum zweiten Male schwanger und im zweiten resp. fünften Monat, 48 resp. 43 Jahre alt.)

48. v. Schrenck, A., Myom und Schwangerschaft. Petersb. med. Zeitschr. Nr. 12. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 31. p. 1525. (Kombination von zwei subserösen, faustgrossen Myomen mit normaler Gravidität, die trotz mancherlei Schwierigkeiten unter konservativer Therapie zu einer Zangenentbindung am normalen Ende der Schwangerschaft führte. Atonische Nachblutung. Im Anschluss an diesen Fall wird die Frage nach den Wechselwirkungen zwischen Schwangerschaft und Myom erörtert.)

49. Schütze, A., Myom und Gravidität. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 28. Juni. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 38. p. 1856. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Heft 3. p. 357—360. (Zwei Präparate. Bei der einen Kranken wurden wegen Stieltorsion eines subserösen Myoms durch Laparotomie zwei Myome von dem im zweiten bis dritten Monat schwangeren Uterus abgetragen. Danach trat Abort ein. Ein Jahr später normale Entbindung. In dem zweiten Falle wurden wegen einer durch Erweichung von Myomen entstandenen diffusen Peritonitis von dem Fundus des im fünften Monat graviden Uterus durch Laparotomie mehrere tief in die Uteruswand eindringende Myome abgetragen. Die Schwangerschaft konnte nicht erhalten werden; das Ei wurde von dem Fundusschnitt aus entfernt. Heilung.)

50. Scipiades, E., Myom und Schwangerschaft. Abhandl. a. d. zweiten Frauenklinik der Universität Budapest (Tauffer). Bd. 2. Heft 2. p. 201—575 (Karger, Berlin). Ref. Ann. de gyn. et d'obst. 40 Année. Tome 10. Oct. p. 617—619. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 45. p. 1856. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Heft 5. p. 612

bis 613. Berl. klin. Wochenschr. 1914. Nr. 2. p. 74. (Der erste Teil dieser Monographie (I. Das Verhältnis zwischen dem Myom, der Sterilität und Fertilität) ist im Jahrg. 1912 dieses Jahresberichtes („Myom und Schwangerschaft", Nr. 70) referiert worden. Der jetzige enthält: II. Komplikation des Myoms mit Gravidität. III. Die Geburt mit myomkrankem Uterus. IV. Das Wochenbett bei myomkrankem Uterus. — 67 Fälle. Disposition zu Tubenschwangerschaft, Placenta praevia, vorzeitiger Unterbrechung, zu Blutungen. Wachstum des Myoms in der Tragezeit ist nicht die Regel. Nur etwa die Hälfte der Früchte wurde ausgetragen. Künstliche Unterbrechung ist gefährlich und höchstens bei vitaler Indikation auszuführen. Operationen sind nicht ohne weiteres indiziert. — 32 Fälle von Geburt bei Myom (0,17 $^0/_0$ aller Geburten), davon drei Viertel spontan ablaufend. Der Geburtsverlauf ist hauptsächlich in der Eröffnungsperiode verzögert. Im ganzen expektatives Verfahren. Nachblutungen häufiger als sonst. — Einfluss des Wochenbettes auf das Myom, des Myoms auf den puerperalen Uterus. — Literatur.)

51. Scipiades, E., Geburt und Wochenbett bei myomatösem Uterus. Gyn. Sekt. d. kgl. ungar. Ärztevereins zu Budapest. Sitzg. vom 5. Nov. 1912. Orvosi Hetilap. Gyn. 1912. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 28 u. 33. p. 1038 u. 1247. (Der Einfluss des Myoms auf den Verlauf der Geburt hängt von der Grösse und Lokalisation der Geschwulst ab. Die Erweiterungsperiode ist in der Regel tsark verlängert; in der Nachgeburtsperiode sind Störungen nicht selten und die Nachgeburt muss auffallend oft manuell gelöst werden. Bei der Geburt ist gewaltsames Durchziehen des Kopfes, gewaltsame Reposition der Knoten aus dem kleinen Becken wegen Gefahr der Nekrose oder Blutung zu vermeiden. Hier ist nur Kaiserschnitt mit nachfolgender Abtragung subseröser Tumoren oder Amputation der Gebärmutter angezeigt. Im Wochenbett können die Tumoren kleiner werden oder schwinden; es kann aber auch Nekrose und Infektion der Myome erfolgen. Endlich ist eine Wanderung der Geschwülste in puerperio nicht selten; intramurale Tumoren werden so zu submukösen. Der Einfluss der Geschwulst auf das Wochenbett besteht in einer Neigung zur langsameren Involution und zu Infektionen. Diskussion: Bársony, Tóth und Lovrich.)

52. Semon, M., Myom und Gravidität bei Retroflexio uteri. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 29. Nov. in Königsberg i. Pr. Ref. Deutsche med. Wochenschr. 1914. Nr. 17. p. 885.

53. Smith, W., Multiple fibromyomata complicating a two and a half months gestation. Midland Obst. and Gyn. Soc. Meeting on April 8. Ref. The Brit. med. Journ. Nr. 2730. April 26. p. 885. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 23. Nr. 6. p. 433. (Patientin hatte keine Druckerscheinungen. Es wurde Hysterektomie gemacht wegen des ausserordentlich schnellen Wachstums der Tumoren in der Schwangerschaft. Heilung. Diskussion: T. Wilson würde trotzdem abgewartet haben und am Ende der Schwangerschaft eventuell Kaiserschnitt und Hysterektomie gemacht haben. Er hat einmal den Uterus in der Schwangerschaft entfernen müssen wegen sarkomatöser Degeneration des Myoms und einmal wegen Urinverhaltung. Auch Swayne hätte abwarten wollen. Auch hat er öfter mit Erfolg Myome in der Schwangerschaft enukleiert ohne Störung derselben.)

54. Souttar, H. S., A case of calcified fibroma of the ovary obstructing labour. Royal Soc. of Med. Sect. of Obst. and Gyn. Meeting on July 3. Ref. The Lancet. Nr. 4691. July 26. p. 221.

55. Tereschenkow, Ein Fall von Totalexstirpation bei multiplem Fibromyom in der Schwangerschaft. Journ. akusch. i shensk. bol. Bd. 28. 8. April. (Russisch.) (Die 27 jährige Igravida klagte über heftige Schmerzen im Leibe und im Kreuz und eine Reihe nervöser Beschwerden. Auf dem im vierten Monat graviden Uterus lassen sich mehrere sehr schmerzhafte Myomknoten palpieren. Laparotomie. Ein grosser, interstitiell-subseröser Knoten war so gross, wie der gravide Uterus; ein walnussgrosser Knoten sass hinten in der Gegend des inneren Muttermundes. Totalexstirpation mit Erhaltung der Adnexe. Glatte Heilung.) (H. Jentter.)

56. Tixier, L., et J. Murard, Sur un cas de fibrome suppuré. Soc. d. scienc. méd. de Lyon. Séance du 23 Avril. Ref. La Gynéc. Nr. 10. Oct. p. 622—623. (Kasuistisch; 35 jährige Frau. Das grosse subseröse Myom hatte die Schwangerschaft und Geburt nicht gestört und machte keine Beschwerden. Bei der Laparotomie, 14 Monate nach der Entbindung, zeigte sich das Myom sehr verwachsen mit dem Netz, weich und ödematös und im Innern mit aseptischen Eiterherden versehen. Patientin hat nicht

gefiebert. Das Myom war nicht stielgedreht; die Netzadhäsionen sollen Beweis einer Entzündung sein, ausgehend von den Intestinae, den Adnexen oder dem Innern des Tumors.)

57. Trethowan, W., Uterine fibroids and pregnancy, Australian med. Gaz. Nr. 6. Aug. 9. p. 119—121. (Unter 2500 Fällen niemals Behinderung der Geburt oder schwere Blutung post partum, jedoch häufig Abort und Fehlgeburt. Abwartende Therapie bei strenger Beobachtung.)

58. Unger, A. J., Ein Fall von konservativer Myomektomie an einem graviden Uterus, ausgeführt per vaginam. Sitzungsber. der geb.-gyn. Ges. zu St. Petersburg. Journ. akusch. i shensk. bol. Jahrg. 28. H. 11. p. 1638—1651. (H. Jentter.)

59. Vallois, H., Dystocie par fibrome praevia; opération césarienne et hystérectomie totale. Réunion obst. et gyn. de Montpellier. Séance du 9 Avril. Ref. Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. 2 Année. Nr. 4. Avril. p. 370—374. (Kasuistisch. 37jährige Primigravida. Vor dem Kopfe liegt das Myom. Das Ende der Schwangerschaft wird abgewartet. Die einsetzenden Wehen verändern die Lage des Tumors nicht, auch gelingt es nicht, ihn durch Manipulationen von der Scheide aus über den Beckeneingang in die Höhe zu bringen. Kind in Schulterlage. Sectio caesarea mit nachfolgender Hysterektomie. Mutter und Kind leben. — Abbildung des durch die Operation gewonnenen Präparates.)

60. v. d. Velde, Th. H., Über Komplikation von Myom und Schwangerschaft. Ned. Tijdschr. v. Verl. en Gyn. XXII. 3. p. 239—244. (Drei Fälle, alle drei durch Retroflexio kompliziert. a) Inkarzerierter gravider myomatöser Uterus; Geschwulst an der Vorwand des Korpus, das in Retroflexio lag. Reposition unmöglich. Laparotomie. Enukleation. Glatte Heilung, doch Abortus. b) Myom der hinteren Korpuswand. Da es nicht möglich ist, es aus dem kleinen Becken hochzuziehen, wird der Partus abgewartet; spontaner Partus. c) Ähnlicher Fall; im fünften Monat Pelveoperitonitis mit sekundären Verwachsungen. Wieder wird der Partus abgewartet; das Myom kann jedoch nicht in die Höhe gezogen werden. Sectio caesarea nach Porro. Guter Ablauf für die Frau, Kind lebend. (Demonstration des Präparates.) Diskussion: v. Rooij teilt einen gleichen Fall mit. 46jährige Frau mit Urinretention eine Woche vor dem Ende der Gravidität. In der Vagina ein grosser Tumor, der das ganze kleine Becken füllt. Klassischer Kaiserschnitt. Wegen Kollaps der Patientin wird der Uterus geschlossen und durch die Cervix drainiert. Verlauf ungestört. Sechs Monate später Totalexstirpation. Cervixmyom. In einem zweiten Falle wurde von v. Rooij bei einer Gravida im fünften Monat Laparotomie vorgenommen wegen eines Myoms, das mit den Intestinae verwachsen war; Temperatur bis 40°; subserös vereitertes Myom wird enukleiert. Gravidität ungestört. Später spontaner Partus à terme. v. d. Horn v. d. Bos musste bei Abortus im fünften Monat mit Retentio placentae im myomatösen Uterus abdominale Hysterektomie vornehmen, da die Portio nicht anzuhaken war wegen des Tumors. In einem zweiten Falle wurde ein kindskopfgrosses Myom enukleiert wegen Retentio urinae. Drei Tage später Abortus einer mazerierten Frucht. Meurer entfernte ein kindskopfgrosses Myom vom Fundus uteri im sechsten Monate. Gravidität blieb ungestört. De Snoo hat einen Fall konservativ behandelt; grosses Myom im fünften Monat mit heftigen Schmerzen. Das Myom ging vom Fundus aus. Verlauf ungestört. Dreimal Cervixmyom und Schwangerschaft. In Narkose durante partus wird in einem Falle mit ausgetretenem Nabelstrang das Myom reponiert; Forceps. Später wird das Myom exstirpiert, das sich als sarkomatös degeneriert erweist. Die Frau erlag nach einem Jahre an Lungenmetastase. Im zweiten Falle Forceps à terme bei grossem Cervixmyom. Im dritten Falle im fünften Monat Urinbeschwerden wegen Cervixmyom. Sie verschwanden bei Beckenhochlagerung. In der 36. Woche spontaner Partus praematurus.) (Mendes de Leon.)

61. — Myoom, Retroflexio en Zwangerschap. (Myom, Retroflexio und Schwangerschaft.) Nederl. Maandschr. v. Verlosk. en Vrouwenziekten. Bd. 2. Nr. 5. p. 290—295. (Holländisch.) (Kasuistisch. Drei Fälle. Im ersten Falle war der schwangere Uterus im Becken inkarzeriert; Ischurie, Ausdehnung der Blase, Portio hoch vorne. Enukleation des kindskopfgrossen Myoms, das der vorderen Wand aufsass; nach einigen Tagen Abort. Bei der Entlassung der Patientin lag der Uterus in Anteflexio. — Im zweiten Falle wurde der der hinteren Wand aufsitzende Tumor erst während der Geburt durch die Wehen und mit Hilfe der Seitenlagerung der Patientin und Fingerdruck von unten durch das Rektum aus dem Becken hinausgezogen. Geburt und Wochenbettsverlauf weiter ungestört. Bei der Entlassung lag der Uterus wieder in Retroflexio, das Myom

im Douglas. Im dritten Falle musste wegen pelveoperitonitischen Erscheinungen und Adhäsionen im Douglas operativ eingegriffen werden. Kaiserschnitt und supravaginale Amputation des Uterus, mit gutem Erfolg für Mutter und Kind. — Drei Bilder auf einer Tafel.)

62. Vianney, C., Myomectomie sur utérus gravide; guérison; continuation de la grossesse. Soc. d. scienc. de St. Etienne. Séance du 5 Juin 1912. Ref. La Gynéc. Nr. 3. Mars. p. 165. (Kasuistisch.)

63. Violet, H., Fibrome et grossesse. Ablation d'un gros fibrome sous-péritonéal. Conservation de l'utérus gravide. Avortement. Soc. d. scienc. méd. de Lyon. Séance du 8 Janv. Ref. La Gynéc. Nr. 3. Mars. p. 170. Lyon. méd. Nr. 9. Als Original erschienen in Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. 8 Année. Nr. 4. p. 246—247. (Kasuistisch. 45jährige Frau im vierten Schwangerschaftsmonat. Die Indikation zur Operation wurde durch die heftigen Schmerzen gegeben. Die Abtragung war durch zahlreiche Verwachsungen mit Eingeweiden und Bauchwand sehr erschwert. Der Abort folgte nach zwei Tagen. Heilung.)

64. Voron et Volmat, Fibrome utérin et grossesse. Hystérectomie. Réunion obst. et gyn. de Lyon. Séance du 10 Févr. Ref. Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. 2 Année. Nr. 3. Mars. p. 225—228. (Kasuistisch. 43jährige Primipara. Das kindskopfgrosse Myom sitzt fest im Beckeneingang eingeklemmt, das Kind liegt darüber in Querlage. Die Schwangerschaft verläuft ungestört. Ende des neunten Monats wird, ohne dass Wehen da sind, Kaiserschnitt gemacht mit nachfolgender Hysterektomie. Mutter und Kind gesund.)

65. Willey, F., A case of hydrocephalus complicated by eclampsia, fibroids and a contraction ring. Royal Soc. of Med. Meeting on Dec. 5. 1912. Ref. Proceedings of the Royal Soc. of Med. Jan. p. 86. The Lancet. 1912. Nr. 4661. Dec. 28. p. 1777. (Kasuistisch. Wendung und Extraktion mit Perforation des nachkommenden Kopfes. Nach der Entbindung noch zwei Anfälle. Heilung.)

Das Uterusmyom braucht bei eintretender Schwangerschaft nicht immer Beschwerden zu machen. Jedoch werden dieselben häufig beobachtet. Manchmal treten **Harnbeschwerden** ein; so in den Fällen von Ferroni (16; ausserdem das klinische Bild einer schweren Toxikose), v. d. Horn v. d. Bos und v. Rooy (v. d. Velde, 60), Wilson (Smith, 53) und v. d. Velde (60 u. 61).

Frank (18), McIlroy (39), Opitz (Reifferscheid, 46), v. Rooy (v. d. Velde, 60; der subseröse Tumor war vereitert und mit den Intestinae verwachsen; Temperatur bis 40°; trotzdem durch Enukleation ungestörter Fortgang der Gravidität), Schütze (49; diffuse Peritonitis), Simson (cf. „Myome", 163) und v. d. Velde (61; Pelveoperitonitis) beobachteten **Nekrose des Myoms während der Schwangerschaft.** Opitz glaubt, dass diese Erweichung sogar die Resorption der Tumoren in der Schwangerschaft ermöglicht. Er hat in graviditate deutliche Verkleinerung der Tumoren feststellen können, in einem Falle glaubt er sogar mit völliger Sicherheit das Verschwinden eines mannskopfgrossen Myoms in der Schwangerschaft beobachtet zu haben. **Schnelles Wachstum** beobachteten dagegen Arnavas (1) und Smith (53).

Auffallend oft werden **in der Schwangerschaft heftige Schmerzen infolge der Myome** beschrieben, die nach Opitz (Reifferscheid, 46) gerade durch die Nekrose der Myome hervorgerufen werden. So u. a. durch Carmichael (5), McIlroy (39), Opitz (Reifferscheid, 46), Clarc (Jordan, 28), de Snoo (v. d. Velde, 60), Violet (63) und Tereschenkow (55).

Stieltorsion während der Schwangerschaft sah Schütze (49).

De Snoo (v. d. Velde, 60) und Wilson (Smith, 53) mussten bei der Operation eines Myoms während der Schwangerschaft **sarkomatöse Degeneration** desselben feststellen. Die Patientin de Snoos erlag nach einem Jahr an Lungenmetastasen.

Beim Partus ist die **Eröffnungsperiode** in der Regel stark verlängert [Scipiades (51)]; bei Davis (12) blieben in vier Fällen die Wehen sogar ganz aus, so dass er schliesslich Kaiserschnitt machen musste. Ist der Partus einmal im Gange, so tritt in sehr vielen Fällen durch Wehenwirkung der Tumor spontan in die Höhe, aus dem Becken heraus, ohne weitere Störungen im Geburtsverlauf zu verursachen. Beispiele davon teilen Audebert et Fournier (1a; in vier Fällen), Christiani (9; mit manueller Nachhilfe und Metreuryse), Faugère (15; Beobachtung während der Wendung und Extraktion), Pierra (44; wie der vorige) und v. d. Velde (61; mit manueller Nachhilfe und in Seitenlage) mit. In einem Falle von

Vallois (59) kam jedoch dieser Mechanismus nicht zustande und musste Sectio caesarea gemacht werden.

Im Puerperium bilden sich dann oft die Tumoren spontan zurück; Holmes and Boyd (Davis, 12), Scipiades (51) und v. d. Velde (61) haben solche Fälle beobachten können. Allerdings besteht auch immer grosse Gefahr für **Gangrän** und **Infektion.** In einem Falle Delle Chiajes (13) trat am vierten Wochenbettstag Schüttelfrost und Fieber ein; dasselbe wird beschrieben von H. Freund (19), Gemmell (20), Lepage (34), Neubner (41; Dissertation über Wochenbettsstörungen durch Uterusmyome), Purslow (45) und Scipiades (51). Diese Komplikation gibt eine dringliche Indikation ab zur sofortigen Entfernung des Tumors. Jordan (28) sah sog. „**rote Degeneration**" des Myoms im Puerperium. Tixier et Murard (56) fanden bei der Laparotomie 14 Monate nach der Entbindung ein Myom im Innern mit aseptischen Eiterherden durchsetzt, weich und ödematös und sehr mit dem Netz verwachsen. Die Patientin hatte nicht gefiebert, das Myom war nicht stielgedreht. Die Netzadhäsionen sollen Beweis einer Entzündung sein, ausgehend von den Intestinae, den Adnexen oder dem Innern des Tumors.

Nachblutungen werden von Lepage et Vaudescal (34), v. Schrenck (48) und Scipiades (51; die Nachgeburt muss auffallend oft manuell gelöst werden) beschrieben. Vielleicht spielt die Insertionsstelle der Plazenta auf dem Myom dabei eine Rolle. Ruge (47) konnte zwei solche Fälle (Operationspräparate) demonstrieren.

Gibson (21) sah einen Fall von **Placenta praevia bei Myom** und machte deswegen Kaiserschnitt und Hysterektomie.

Clinton (10) und Jones (27) haben beide Fälle von **Inversion des Uterus im Puerperium infolge eines Myoms** erlebt. Therapeutisch soll der Versuch gemacht werden, zu reponieren, und wenn dies nicht gelingt, Kolpohysterektomie.

Was die **Therapie und Prognose** der durch Myom komplizierten Schwangerschaft betrifft, wird fast einstimmig von allen Autoren zur **abwartenden Behandlung** geraten. Die Prognose soll meist besser ausfallen, als wie erwartet wurde. Audebert et Fournier (1a) warten nach Eintritt der Wehen mindestens vier Stunden, bis sie sich zu operativen Eingriffen entschliessen; Pinard (idem, 1a) wartet bei Steisslage noch länger. Austritt des Kindes in Beckenendlage soll am günstigsten sein, kommt dementsprechend auch spontan am meisten vor. v. d. Hoeven (26) kommt als Resultat eines Sammelreferates (einzelne eigene Krankengeschichten) zum Schluss, dass Operation während der Gravidität nur auf strikte und dringende Indikation erlaubt sei und gibt letztere genau an. Auch Jung (29), Pierra (44), Scipiades (50) und Smith (53; und seine Diskussionsredner) empfehlen ein im ganzen expektatives Verfahren. Dreiviertel der Geburten sollen spontan verlaufen; Operationen seien nicht ohne weiteres indiziert. Besonders künstliche Unterbrechung soll gefährlich sein und höchstens bei vitaler Indikation auszuführen.

Eventuell lässt sich **die Geburt,** wenn sich **ein Hindernis einstellt,** operativ beenden, oder die **Entfernung des Tumors und eventuell des Uterus** sich bis ans Ende der Schwangerschaft hinausschieben. Bonney (3) enukleierte im Anschluss an einen Kaiserschnitt sechs grosse Myome und konnte den Uterus und die Patientin erhalten. Carmichael (5) musste bei einer Enukleation in der Schwangerschaft feststellen, dass sich noch ein weiteres, grösseres Myom in der Cervix befand, das eine spontane Entbindung voraussichtlich unmöglich machen werde. Die Schwangerschaft ging ungestört weiter und am Endtermin derselben wurde die Frau durch Kaiserschnitt (mit anschliessender Hysterektomie) von lebenden Zwillingen entbunden. Davis (12) musste in vier Fällen wegen vollständigem Ausbleiben der Wehen Kaiserschnitt machen. Auch seine Diskussionsredner scheinen sehr viel operiert zu haben. Faugère (15), Pierra (44), v. Schrenck (48) und de Snoo (v. d. Velde, 60) gelang es, entweder durch Zange oder durch Wendung und Extraktion das lebende Kind an dem Tumor vorbei zu entwickeln. Fothergill (17), Gibson (21), Vallois (59), v. d. Velde (61), Voron et Volmat (64) und Wilson (Smith, 53) teilen Fälle mit, in denen sie durch Kaiserschnitt und nachfolgende Hysterektomie Mutter und Kind retten konnten. Kusmin (33) enukleierte ein im unteren Teil der Beckenhöhle liegendes kindskopfgrosses, von der hinteren Cervixwand ausgehendes Myom während der Geburt Der weitere Verlauf war ungestört. Scipiades (51) warnt vor gewaltsamem Durchziehen des Kopfes und gewaltsame Reposition der Knoten aus dem kleinen Becken bei der Geburt wegen der Gefahr der Nekrose und Blutung. Hier ist nur Kaiserschnitt mit nachfolgender Abtragung subseröser Tumoren oder Amputation der Gebärmutter angezeigt.

Bei **Störungen in der Schwangerschaft** ist am meisten vor der Hand liegend womöglich **das Myom zu enukleieren** und die **Schwangerschaft zu erhalten.** In vielen Fällen gelingt dies.

wie folgende Beispiele zeigen: Carmichael (5); Schwangerschaft im fünften Monat; abdominale Enukleation), Chenhall (7), Davis (11; zweiter Monat; abdominale Enukleation), Frank (18; 4. Monat; abdominale Enukleation), Hartmann (23; 3. Monat; abdominale Enukleation), Krupsky (31; 8. Monat; abdominale Enukleation), Kubinyi (32), Swayne (Smith, 53), Unger (58; vaginale Enukleation), Meurer (v. d. Velde, 60; 6. Monat; abdominale Enukleation), v. Rooy (v. d. Velde, 60; 5. Monat; abdominale Enukleation) und Vianney (62). — Perdoux (42a), Schütze (49), v. d. Velde (61)) und Violet (63) sahen jedoch **nach der Enukleation Abort** eintreten; die Fälle waren kompliziert. Nach Scipiades (50) wird überhaupt nur die Hälfte der von Myom komplizierten Schwangerschaften ausgetragen.

Was die **Fertilität und Sterilität bei myomkranken Frauen** betrifft, meint Ferroni (16), dass die Möglichkeit einer Befruchtung bei Zervikalmyomen trotz der von ihnen verursachten lokalen Veränderungen als nicht gering zu bezeichnen ist. Nach Healy (cf. „Myome", 69) ist bei 30% der Frauen mit Myom Sterilität vorhanden. Aus Kowners Material (30; Dissertation) der Berner Klinik geht hervor, dass Myom und Sterilität in einem deutlichen Abhängigkeitsverhältnis zueinander stehen. Die Sterilität stellt ein prädisponierendes Moment für die Entstehung der Myome dar. Je weniger Geburten eine Frau durchgemacht hat, desto weniger ist sie gefährdet, an Myom und Korpuskarzinom zu erkranken. Auch nach Philips (43; Dissertation) ist aus dem Amsterdamer Material ein Zusammenhang zwischen Fibromyom und Sterilität resp. verminderter Fertilität nicht zu verkennen. Auch ist die Abortfrequenz höher. Dass Schwangerschaft etwa leichter eintritt bei subserösen wie bei submukösen oder intramuralen, liess sich nicht feststellen.

Nach Schauta (cf. „Myome", 152) tritt **Gravidität nach vorangegangener konservativer Myomenukleation** nur in seltenen Fällen ein und wird die Schwangerschaft nicht selten durch Abortus unterbrochen. Am Ende der Schwangerschaft soll der in seiner Substanz geschädigte Uterus zur Ruptur neigen.

Benthin (2) fand an einem fibrösen Polypen zwei Jahre nach der letzten Entbindung noch deutlich Chorionzotten und Plazentargewebe. Döderlein und Herzog (14) fanden eine **Schwangerschaft in einem Adenomyom** der Cervixwand, dessen Höhle durch einen Kanal oberhalb des inneren Muttermundes mit der Uterushöhle in Verbindung stand.

Brickner (cf. „Myome", 21) und Linnert (35) publizieren beide Fälle, bei denen ein **Myom durch kriminellen Abortversuch infiziert** und nekrotisch wurde, während keine Schwangerschaft vorhanden war.

Breil (4) und Marshall (37) sahen die Kombination von **Schwangerschaft und Myom mit Missbildungen des Uterus.** Martin (38) demonstriert einen myomatösen Uterus, bei dem **doppelseitige Extrauteringravidität** eingetreten war. Willy (65) erlebte die Komplikation von Uterus myomatosus, Kontraktionsring, Hydrocephalus und Eklampsie an einem Falle.

Wie schwierig die **Diagnose** sein kann, geht aus den Fällen von Crousse (cf. „Myome", 30), Hauser (24), Hendon (25), Horne (cf. „Myome", 75) und Pardhy (cf. „Myome", 129) hervor.

Am Schluss sei noch besonders auf die umfassende **Monographie** über Myom und Schwangerschaft von E. Scipiades (50) hingewiesen.

Neumann (42) hält beim Bestehen einzelner Myomknoten oder sonstiger myomatöser Erscheinungen am Uterus, wo ein weiteres Eingreifen nicht erforderlich ist, das möglichst lange Stillen für vorteilhaft.

Karzinome.

1. Abbe, T., How can we improve the results of our operations for cancer? Surg., Gyn. and Obst. Vol. 16. Nr. 2. p. 185. (Zur Besserung der sehr schlechten Operationsresultate ist eine strengere Auswahl der operablen Fälle und möglichst radikales Verfahren bei der Operation erforderlich. Zur Ermöglichung der Frühoperation ist weitere Förderung unserer diagnostischen Methoden, entsprechende Schulung der Ärzte und vor allem Erziehung des Publikums nötig, das am besten an regelmässige, halbjährliche gynäkologische Untersuchung aller Frauen im Karzinomalter zu gewöhnen wäre.)
2. Abderhalden, E., Der Nachweis blutfremder Stoffe mittelst des Dialysierverfahrens und der optischen Methode und die Verwendung dieser Methoden mit den ihnen zugrunde liegenden Anschauungen auf dem Gebiete der Pathologie. Beitr. z. Klin. d. Infektionskrankh. Bd. I. Heft 2. p. 243—270.

3. Abderhalden, E., Über die diagnostische Bedeutung des Nachweises von auf blutfremde Stoffe eingestellten Fermenten. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 25. p. 1386—1389. (Allgemein gehaltener Vortrag über dieses Thema, gehalten vor dem Landesverband für das ärztliche Fortbildungswesen in Bayern, am 21. Mai in München.)
4. — Vorträge über die serologischen Blutuntersuchungen nach Abderhalden auf der XV. Versamml. d. deutsch. Ges. f. Gyn. 14.—17. Mai zu Halle a. S. Siehe Referate: Münchn. med. Wochenschr. Nr. 25. p. 1402. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 26. p. 1287. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 29. p. 1377. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Heft 1. p. 67. (Der Vortrag Abderhaldens selber erschien als Original i. d. Monatsschr. f. Geb u. Gyn. Bd. 38. Heft 1. p. 24—27.)
5. — Weiterer Beitrag zur Frage nach dem Einfluss des Blutgehaltes der Substrate auf das Ergebnis der Prüfung auf spezifisch eingestellte Abwehrfermente mittelst des Dialysierverfahrens. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 50. p. 2774—2776. (Karzinomfälle konnten im Abderhaldenschen Institut gegen 50 untersucht werden. Es kam keine Fehldiagnose vor.)
6. Abel, G., Die Elektrokoagulation bei der operativen Behandlung des Krebses, speziell des Gebärmutterkrebses. Berl. med. Ges. Sitzg. vom 29. Jan. Ref. Berl. klin. Wochenschrift. Nr. 6. p. 277. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 7. p. 337. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 5. p. 275. Als Original erschienen i. d. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 9. p. 394—395. (Die Karzinome sollen exstirpiert werden, nachdem sie abgetötet sind, damit wenigstens die Rezidive vermieden werden, die durch eine Verbreitung von Krebskeimen während der Operation entstehen. Eine solche vollkommene Vernichtung des Gewebes kann erzielt werden durch Anwendung der elektrischen Koagulation mittelst Hochfrequenzströmen (Diathermie), deren technisch allerdings nicht einfache Anwendung die Operation nicht erheblich verlängert. Einer Dissemination der Krebskeime arbeitet weiter entgegen die Benutzung der Forestschen Nadel, die statt der einen der bei der Diathermie benutzten zwei kleinen Elektroden eingeschaltet wird. Mit dem so entstandenen Lichtbogen schneidet man schneller als mit dem Messer, ohne eine Blutung hervorzurufen. — Diskussion: Holländer, Hammerschlag, Bucky, Israel, Falk und Borchardt, die alle, soweit es operable Fälle betrifft, den Wert der Methode nicht hoch anschlagen.)
7. Aimes, A., Pyomètre et cancer du col. Soc. d. scienc. méd. de Montpellier. Séance du 30 Mai. Ref. La Presse méd. Nr. 61. p. 621. (Die Diagnose der Pyometra in Kombination mit Karzinom ist schwierig. Manchmal lässt sich intermittierende Eiterentleerung aus dem Uterus nachweisen, oder man kann die Uterushöhle katheterisieren. Die Prognose der Operation wird durch die Gegenwart von Pyometra sehr viel schlechter. Man soll den Zervikalkanal erweitern, den Eiter entleeren und die Uterushöhle ausspülen.)
8. Albrecht, P., und G. Joannovics, Beiträge zur künstlichen Kultur menschlicher Tumoren. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 20. p. 781—783. (Nach einem der Carrelschen Technik ähnlichen Verfahren. Von 26 Karzinomen gaben fünf Adenokarzinome positives Resultat; alle Plattenepithelkarzinome versagten.)
9. Alexejew, S., Die diagnostische Bedeutung des erhöhten Gehaltes an neutralem Schwefel im Harn bei Krebskranken. Russky Wratsch. Nr. 10. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 29. p. 1622. (Ein gesteigerter Gehalt an neutralem Schwefel im Harn ist für Krebs nicht spezifisch, da diese Erscheinung auch bei anderen Erkrankungen beobachtet wird. Immerhin besitzt der positive Ausfall der Reaktion auf neutralen Schwefel beim Vorhandensein anderer klinischer Symptome einige Bedeutung für die Diagnose des Karzinoms, während der negative Ausfall gänzlich bedeutungslos ist. Was die Ausführung der Reaktion selbst anbetrifft, so ist es von Vorteil, den neutralen Schwefel mittelst $Ca(ClO_2)$ zu oxydieren, was den Ablauf der Reaktion erheblich beschleunigt.)
10. Allmann, J., Die Abderhaldensche Reaktion bei Karzinomen. Biol. Abt. d. ärztl. Ver. in Hamburg. Sitzg. vom 16. Dez. Ref. Münchn. med. Wochenschr. 1914. Nr. 9. p. 502. Als Original erschienen i. d. Deutsche med. Wochenschr. 1914. Nr. 6. p. 271 bis 274. (Unter 12 Karzinomen war die Reaktion fünfmal vollständig einwandfrei, bei den übrigen baute Karzinomserum Plazenta ab, bzw. Gravidenserum Karzinomgewebe. Doch war die Einwirkung des Karzinomserums auf Karzinom immer am deutlichsten. Ein Chorionepitheliom ergab sowohl mit Karzinom-, wie mit Graviden- und Normalserum negative Reaktion. — Erklärungsversuch der abweichenden Resul-

tate zwischen klinischem und serologischem Befund. — Diskussion: M. Fraenkel. Die Karzinomreaktion fällt trotz sicherer Erkrankung des öfteren negativ aus. Fraenkel glaubt den Grund dafür darin gefunden zu haben, dass die Patienten schwer kachektisch und infolgedessen nicht mehr imstande waren, Abwehrfermente zu bilden.)

11. Andrée, W., Über einen Fall von zwei verschiedenartigen primären Krebsen in verschiedenen Organen. Diss. Kiel. Jan.

12. Anufriew, A. A., Zur Statistik maligner Tumoren im Gouvernement Archangelsk. Wratsch. Gaz. Nr. 50. Sitzungsber. der russ. Ges. zur Bekämpfung des Krebses. (H. Jentter.)

13. Asch, R., Trachelorrhaphie als Prophylaxe des Cervixkrebses. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 33. p. 1221—1223. (Zustimmung zu Bossis Mahnung und Erneuerung früherer Aufforderungen des Verf., frische und alte Cervixrisse, von letzteren besonders die mit Ektropium einhergehenden, zu vereinigen, und zwar nicht nur als Prophylaxe des Portiokrebses, sondern auch wegen sich häufig anschliessender Endometritis und Lageveränderungen des Uterus. Der Verf. benutzt zur Zervikoplastik die bekannte Saengersche Methode; Kontraindikation bildet Gonorrhoe.)

14. Aschner, B., Untersuchungen über die Serumfermentreaktion nach Abderhalden. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 27. p. 1243—1245. Ref. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 33. p. 1347. (Recht häufig fand sich spurenweiser Abbau von Karzinomgewebe trotz sorgfältigster Präparation bei Graviden und starker Abbau von Karzinomgewebe durch das Serum von Karzinomkranken in allen daraufhin untersuchten Fällen.)

15. — Abbau von Karzinomgewebe durch Karzinomserum nach dem Abderhaldenschen Dialysierverfahren. Verein d. Ärzte in Halle a. S. Sitzg. vom 2. Juli. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 36. p. 2024. (Es wurden diese Versuche in grösserer Zahl angestellt. Meist war ein Abbau zu konstatieren, in einer Anzahl von Fällen aber nicht. Abderhalden nimmt an, dass in solchen Fällen der Organismus nicht die Kraft besitzt, Abwehrfermente zu bilden. Durch Serumuntersuchungen bei ein und derselben Patientin vor und nach der Operation soll versucht werden, die Frage einer Klärung näherzubringen.)

16. Bainbridge, W. S., Fulguration and Thermo-Radiotherapie. Journ. of advanced. Therap. Jan. (Besprechung der Methoden und deren Anwendung im Krebshospital zu New-York.)

17. — Arterial ligation, with lymphatic block, in the treatment of advanced cancer of the pelvic organs; a report of fifty-six cases. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Oct. p. 649—670. (Die beiderseitige Arteria iliaca interna soll unterbunden werden, wenn möglich auch die Artt. uterinae, Artt. obturat., Art. sacralis media und zur Not die Artt. iliaca comm. Letzteres hat Verf. zweimal ohne schwerere Folgen ausgeführt. — Genaue Technik. — Resultate der Operation in umfangreichen Tabellen. Im ganzen 56 mal. Davon starben fünf Patientinnen innerhalb 2—10 Tagen nach der Operation; die übrigen blieben zwei Monate bis $2^1/_2$ Jahre am Leben. Zwei lebten zwei Jahre, fünf ein Jahr und länger. Der Erfolg bezüglich der Symptome des Karzinoms war in 24 Fällen gut, in zwei zweifelhaft, in zwei negativ, in vier schwanden die Blutung und der Ausfluss ganz. In 25 Fällen war deutliche Verlangsamung des Wachstums festzustellen; in fünf hatte die Operation keinen diesbezüglichen Erfolg.)

18. Baldowsky, V., Adenokarzinom des Mutterhalses und Tuberkulose des Uteruskörpers. Ges. russ. Ärzte zu Moskau. Sitzg. vom 15. Febr. Ref. Wratsch. Gaz. Nr. 12. La Gynéc. Nr. 5. p. 377. (Die 45 jährige Patientin wurde wegen Adenocarcinoma colli operiert, starb aber nach einem Monat an eitriger Pyelonephritis. Die infiltrierte Mukosa des Fundus uteri wies eine grosse Anzahl typischer runder Tuberkeln mit Riesenzellen auf. In den anderen Organen wurden keine tuberkulösen Veränderungen gefunden.) (H. Jentter.)

19. Banga, H., Der Gebrauch des Quellstiftes zur Erweiterung des Gebärmutterhalses zwecks der digitalen Untersuchung der Uterushöhle. Deutsche med. Ges. in Chicago. Sitzg. vom 3. April. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 33. p. 1860. (Die Entscheidung, ob Polyp, Karzinom oder submuköses Myom als Ursache von Blutungen vorliegt, kann oft nicht mit der Curette, sondern erst durch Austastung der Gebärmutterhöhle gemacht werden. Folgen Beispiele.)

20. Barrett, Ch. W., The carcinoma question as it pertains to the uterus. New York med. Record. Vol. 84. Nr. 25. p. 1109—1113. (Krebs soll eine Zellreaktion sein, durch einen Mikroorganismus oder ein ungekanntes Agens hervorgerufen. Aufmerksamkeit

auf die präkanzerösen Erkrankungen: Erosionen, Ulzerationen, Katarrhe usw. wird sicher die Ausbreitung des Gebärmutterkrebses einschränken.)

21. Bashford, E. F., Das Krebsproblem. Zweite Leyden-Vorlesung, gehalten am 21. Okt. 1912 im Verein f. inn. Med. u. Kinderheilk. in Berlin. Als Original erschienen i. d. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 1. p. 4—8 u. Nr. 2 p. 55—59. (Siehe Referat im vorigen Jahrgang.)

22. — „Krebs". XVII. Int. med. Kongr. in London. 6.—12. August. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 40. p. 2259—2260. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 42. p. 1965.

23. Baumm, P., Mischgeschwulst (Myom und Karzinom) der Cervix uteri. Gyn. Ges. in Breslau. Sitzg. vom 4. März. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. Heft 6. p. 883. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 28. p. 1386. (Siehe unter „Myome", Nr. 12).

24. Behla, R., Über die Sterblichkeit an Krebs in Preussen während der Jahre 1903—1911 nach Altersklassen. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 19. p. 882—883. (Statistischer Beitrag.)

25. Benthin, W., Zur Diagnose des Carcinoma uteri. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 28. Juni. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 38. p. 1857. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Heft 3. p. 360. (In zwei Fällen wurde in dem durch Ausschabung entfernten Material ein typisches Adenokarzinom gefunden; in den daraufhin exstirpierten Uteris konnte aber trotz genauester mikroskopischer Untersuchung keine Spur von Karzinom entdeckt werden. Die Operation ist aber trotzdem in solchen Fällen geboten. Diskussion: Unterberger jun. berichtet über einen ähnlichen Fall, welchen er in der Rostocker Klinik erlebt hat.)

26. Berczeller, I., Inoperabilis portiocarcinoma palliativ kezelése czukorporral. (Gyógyászat. Nr. 19. (Zur Behandlung inoperabler Portiokrebse empfiehlt Berczeller Zuckerstaub, welchen er im Röhrenspekulum einführt. Die jauchigen Absonderungen hören bald auf und das Allgemeinbefinden bessert sich.) (Temesváry.)

27. — Palliative Behandlung inoperabler Portiokarzinome mit Zuckerstaub. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 23. p. 852. Ref. La sem. méd. Nr. 30. p. 353. (Jauchung und Blutung sollen durch die Behandlung mit Zuckerstaub sich rasch verringern und das Allgemeinbefinden sich bessern. Das Mittel wird mehrmals wöchentlich bis täglich durch ein Röhrenspekulum eingeschüttet und durch einen Jodoformgazetampon an der karzinomatösen Stelle fixiert. Berczeller hat von dieser Behandlung sehr günstige Erfolge gesehen, „so dass man beinahe an Heilwirkung glauben möchte".)

28. Berkeley, C., Resultate der erweiterten abdominalen Radikaloperation. XVII. Intern. med. Kongr. in London. 6.—12. August. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 37. p. 2083. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 38. p. 1864. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 39. p. 1834. Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. Nr. 11. Nov. p. 678. (Bei 63% Operationsfrequenz hatte er 22,5% primäre Mortalität nach der Operation, 32,4% Rezidive und 25,4% absolute Heilung.)

29. — and V. Bonney, Results of the radical operation for carcinoma of the cervix uteri based on three years basis, more especially with regard to its life-prolonging effects. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Sept. p. 145—148. (Aus 900 Fällen wurde berechnet, dass Frauen mit Cervixkarzinom, die nicht operiert werden, im Mittel nach dem Auftreten der ersten Symptome nur $1^3/_4$ Jahre zu leben haben. Die Operationsstatistik der Verff. nach Veit ist folgende: Alle Karzinome, die gesehen wurden: 112. Davon operiert: 71. Gestorben im Anschluss an die Operation: 16, infolge Rezidiv: 20, an interkurrenten Erkrankungen: 2. Für die Statistik verloren gegangen: 2. Es leben, aber mit Rezidiv: 3, ohne Rezidiv: 28. Alles für die Periode April 1907 bis Juni 1910. Bei der Operation wurden immer die Drüsen sehr ausgiebig mit ausgeräumt (Technik). Operation bedeutet also eine erhebliche Verlängerung des Lebens.)

30. Bermbach, P., Zur Serologie der Geschwülste. Ärztl. Sachverst.-Ztg. Bd. 19. Nr. 4. p. 76. (Nicht nur karzinomatöse, sondern auch andere Kranke enthalten in ihrem Blute spezifische Antikörper auf Tumorextrakte in grosser Menge. Die entsprechenden Versuche wurden mit dem Serum von zwei fast gleichalterigen Kranken mit Carcinoma uteri in gleich weit vorgerücktem Stadium angestellt.)

31. Bissell, Dougal, A comparative study of two advanced cases of cancer of the cervix uteri. Sect. on Obst. and Gyn. of the New York Acad. of Med. Meeting of April 24. Ref. The Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 68. Nr. 429. Sept. p. 568—571. (In dem einen Falle konnte nur noch eine Palliativoperation gemacht werden, im zweiten wurde vaginal und abdominal totalexstirpiert. Beide Kranken-

geschichten und Operationsberichte werden ausführlich mitgeteilt. Die Grenze zwischen Operabilität und nicht mehr operabel sein muss vorläufig noch von jedem Gynäkologen individuell gestellt werden.)

32. Bland-Sutton, J., An address on the exotic flora of the uterus in relation to fibroids and cancer. Brit. med. Journ. Febr. 1. p. 205—208. (Siehe unter „Myom", Nr. 14.)

33. Blumenthal, A., De la réaction fébrile consécutive aux injections intraveineuses de sélénium colloidal. Le Progrès méd. 2 Août. Ref. La Gynéc. Nr. 10. Oct. p. 633 bis 634. (Verf. hat eigene Erfahrung an 600 intravenösen Injektionen von Elektroselenium. Die Temperaturerhöhung setzt sich aus zwei Komponenten zusammen: 1. eine geringe, therapeutisch normale, als Folge des injizierten Kolloides, und 2. eine häufig hohe, charakteristisch für das Selenium als Folge des ins Blut Übergehens von Karzinomtoxinen. Die Temperaturerhöhung bei Injektion von Elektroselenium beim gesunden Menschen ist nur unerheblich; beim Karzinomkranken ist sie proportional der Schwere der Erkrankung. — Genaue Technik und Dosierung der Injektionen, unter Einhaltung der erforderlichen Ruhepausen.)

34. Blumenthal, F., Der gegenwärtige Stand der Behandlung der bösartigen Geschwülste. I. Chemotherapie. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 42. p. 1942—1945. Nr. 43. p. 1993 bis 1995. II. Vakzinationstherapie. Idem. Nr. 50. p. 2333—2337. Ref. The Brit. med. Journ. 1914. Nr. 2766. Jan. 3. p. 54. (Übersichtsreferat.)

35. Boeckel, A., Fistule urétéro-vaginale consécutive à une hystérectomie abdominale totale pour cancer, guérie par le cathétérisme urétéral à demeure. Journ. d'urol. méd. et chir. Nr. 3. 15 Sept. p. 409—413.

36. Bohne, Die Abderhaldensche Reaktion. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 13. 1. Juli. p. 409—411. (Einführung in die Praxis derselben und kritische Übersicht über die bisher erschienenen Arbeiten, welche sich mit der Methode befassen.)

37. Boldt, H. J., Cancer of the uterus. Which is the preferable operation? New York. med. Journ. Jan. p. 8—9. (Wegen der Möglichkeit, die Parametrien ausgiebiger auszuräumen, empfiehlt Boldt die abdominale Radikaloperation über der vaginalen. Trotz ausgezeichneter primärer Dauerresultate will er letztere nur auf fettleibige Frauen, ganz beginnende Portiokarzinome und Korpuskarzinom beschränkt wissen. Ausserdem hält er die vaginale Operation für indiziert bei Frauen, die das 50. Lebensjahr überschritten haben, weil in diesem Alter das Karzinom nicht so schnell die Drüsen befällt. — Technik der beiden radikalen Operationsverfahren. Boldt ist nicht überzeugt von der Notwendigkeit der Drainage. — Empfehlung der Lumbalanästhesie.)

38. — Which is the best operation for carcinoma of the uterus? Med. Record. Febr. 1. (Verf. will die vaginale Operation nach Schauta nur für besondere Fälle, allgemeine Adipositas, Korpuskarzinom, beginnende Cervixkarzinome reserviert wissen. In allen anderen Fällen soll möglichst radikal nach Wertheim mit gründlichster Parametrien- und Drüsenausräumung operiert werden.)

39. — How may we reduce the mortality from cancer of the uterus? With special reference to treatment and to publicity through the lay press. The Journ. of the Amer. med. Assoc. Vol. 60. Nr. 13. March 29. p. 968—972. (Unter Herbeiziehung der Resultate der Winterschen Aufklärung in Deutschland rät Verf. nicht zur Beeinflussung der Frauen selbst durch die Tagespresse, sondern zur Aufklärung der Ärzte in der Diagnosenstellung der ersten Erscheinungen der Erkrankung.)

40. — How we may reduce the mortality from cancer of the uterus. Med. Soc. of the county of New York. Meeting of March 24. Ref. The Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 68. Nr. 427. July. p. 131—134. (Im wesentlichen dasselbe wie Nr. 39.)

41. Bondy, O., Karzinom des ganzen Uterus. Gyn. Ges. in Breslau. Sitzg. vom 24. Juni. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Heft 3. p. 363—364. (48jährige Frau, welche nur über eitrigen Ausfluss klagte, während die Blutungen normal waren. An der Portio war nichts Abnormes zu tasten; in der Cervix bröckelige Karzinommassen. Kindskopfgrosser Uterus. Abdominale Totalexstirpation. Glatte Heilung. Die Wand des Uterus ist fast vollständig, stellenweise bis zur Serosa, in Karzinom umgewandelt, das mikroskopisch ziemlich alle Formen des Karzinoms zeigt. Genaue Beschreibung des mikroskopischen Befundes. Überall, auch in den tieferen Schichten, liegen Streptokokken.)

42. Bosc, F. J., Les protozoaires du cancer. La Presse méd. Nr. 96. 26 Nov. p. 961—964. (Wiederholung schon früher publizierter Ansichten über die Entstehung des Kar-

zinoms infolge Infektion mit Protozoen. Letztere sind in 90 Abbildungen wiedergegeben. Die Entdeckung der Protozoen als Erreger der Tollwut durch Noguchi bestätigt seine Untersuchungen. Er hat dieselben schon im Jahre 1903 in seinem Buche „Le cancer" (beim Autor zu haben für 20 Frs.) abgebildet.)

43. Bossi, L. M., Quelle doit être la vraie prophylaxie du cancer de l'utérus. Congrès français de gyn., d'obst. et de péd. (25—29 Mars) à Lille. Ref. Ann. de gyn. et d'obst. Tome 10. Mai. p. 302. La Presse méd. Nr. 28. p. 281. Revue de gyn. et de chir. abd. Tome 20. Nr. 4—5 (Avril-Mai). p. 533. La Gynéc. Nr. 5. p. 301. Als Original erschienen in Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. Nr. 8. Août. p. 479—481. In deutscher Sprache erschienen im Zentralbl. f. Gyn. Nr. 27. p. 1000—1001. Ref. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 31. p. 1285. (Vortragender will alle gutartigen Ulzerationen und Veränderungen der Portio mit dem Messer entfernen; nicht mit chemischen Mitteln. Er hat über 7000 solche plastische Operationen, die er „Halsplastik" nennt, ausgeführt und in diesen Fällen nie, auch nicht nach Jahren, sich ein Karzinom entwickeln sehen. Nach ihm ist auch der Krebs sicher nicht mikroben, sondern einzig histologischen Ursprungs. Diskussion: Pinard und Pozzi protestieren gegen die von Bossi aufgestellten Behauptungen.)

44. Botin, F., Notas acerca tratamiento quirurgico del cancer uterino. Policlin. Nr. 6. p. 433.

45. Bovin, E., Hämatometra, welche Karzinom der Cervix uteri vortäuschte. Hygiea. Okt. Ref. The Brit. med. Journ. 1914. Nr. 2772. Febr. 14. Ep. of curr. med. litt. p. 27. (Kasuistisch.)

46. De Bovis, R., Les moyens d'améliorer les résultats immédiats de l'opération radicale du cancer utérin par voie abdominale. La semaine méd. Nr. 26. p. 301—302. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 31. p. 1524. The Brit. med. Journ. Nr. 2745. August 9. Epit. of curr. med. litt. p. 2—3. (Kritisches Referat der Arbeit Bumms (s. d.) zur Frage der Wundversorgung bei der Radikaloperation des Carcinoma colli uteri.)

47. Braun, M., Ein Fall von Implantationsmetastase im Uterus nach primärem Ovarialkarzinom. Diss. München. Juli.

48. Braunstein, A., Zur Chemotherapie des Karzinoms in der Klinik. Wratsch. Gaz. Nr. 18. Sitzungsber. der therap. Ges. zu Moskau. (Braunstein behandelte 20 inoperable Karzinomfälle mit intravenösen Injektionen von kolloidalem Selen und gleichzeitigem internen Gebrauch von Methylenblau und Jod. Die Injektionen wurden gut vertragen. Schon nach wenigen Injektionen schwindet die Allgemeinreaktion. Einigen Kranken wurden bis 28 Injektionen gemacht. Fast in allen Fällen trat Besserung ein (der Tumor wurde kleiner, das Körpergewicht stieg). Verf. empfiehlt das Elektroselen in genannter Kombination bei inoperablem Karzinom, aber auch nach der Operation.) (H. Jentter.)

49. — Chemotherapeutische Versuche an Krebskranken mittelst Selenjodmethylenblau. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 24. p. 1102—1104. (Es wurden vorwiegend nicht-genitale Krebse behandelt. Teilweise und in einigen Fällen nur temporäre Erfolge. In Anbetracht der Schwere der weit vorgeschrittenen, inoperablen Fälle hält Verf. doch die in Rede stehende Behandlungsmethode für beachtenswert, zumal sie gänzlich unschädlich ist. In initialen Fällen angewandt, hätte sie vielleicht eine günstigere Wirkung entfaltet. Diese Therapie wäre auch als Ergänzungskur zum chirurgischen Eingriff, um Rezidive nach der Operation zu verhüten, zu empfehlen. Die Kranken bekamen kolloidales Elektroselen intravenös und gleichzeitig Jodmethylenblau per os oder per rectum.)

50. Brewis, N. T., Uterus showing unusual conformation, removed from patient aged 55, for cancer of body. Edinb. Obst. Soc. Meeting on Febr. 12. Ref. Transact. of the Edinb. Obst. Soc. Vol. 38. p. 138—139. (In der vorderen Uteruswand vom Isthmus bis 1 cm vom Fundus fand sich eine zweite Uterushöhle (? Ref.) ohne Schleimhaut. Es war vorher der Versuch der vaginalen Uterusexstirpation gemacht worden, welche aufgegeben wurde, weil sich die Blase nicht vom Uterus trennen liess. — Es werden noch weitere Fälle von Korpus- und Cervixkarzinomen bei sehr jungen und alten Frauen demonstriert.)

51. — Demonstration: 1. Uterus showing adeno-carcinoma of the body, complicated with pyometra and pyosalpinx, removed by total hysterectomie. 2. Uterus showing adenocarcinoma of the body, secondary to submucous fibromyomata. Edinb. Obst. Soc. Meeting of July 9. Ref. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 24. Nr. 2. August. p. 121.

52. Brieger, L., Der Antifermentgehalt des Blutes bei Karzinomkranken. Berl. med. Ges. Sitzg. vom 28. Mai. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 23. p. 1084. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 22. p. 1235. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 24. p. 1177. La sem. méd. Nr. 23. p. 274. (Vortragender vertritt die Ansicht, dass der von ihm und Trebing nach der Jochmann-Müllerschen Methode festgestellte erhöhte Antifermentgehalt des Blutes bei Karzinomkranken, der allerdings keine spezifische Reaktion darstellt, prognostisch von vornherein als Indikator über den wahren Erfolg der angewandten Therapie — Operation oder Bestrahlung — und über den Ausbruch von etwaigen Rezidiven die beste Auskunft gibt. Die Methode soll sich in der Praxis bewährt haben. Vortragender teilt Fälle mit. Auch lassen sich durch innerliche Darreichung von Pankreatin bei Krebskranken Anhaltspunkte gewinnen über den Grad der Kachexie.)

53. Brockman, R. St. Leger, The diagnostic value of Abderhaldens method in carcinoma. The Lancet. Nr. 4707. Nov. 15. p. 1385—1387. Ref.: Wiener klin. Wochenschr. 1914. Nr. 16. p. 480—481. (Ausführliche Beschreibung der Dialysiermethode, mit der es Brockman gelingt, im Blute Karzinomkranker spezifische Fermente gegen Karzinomgewebe nachzuweisen. In allen 25 Fällen von Karzinom war die Reaktion positiv, in allen nicht-karzinomatösen Fällen und gegen Plazentargewebe negativ.)

54. Broun, Le Roy, Carcinoma of uterus with parametric tissue. Sect. on Obst. and Gyn. of the New York Acad. of Med. Meeting of April 24. Ref. The Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 68. Nr. 429. Sept. p. 560. (Operationsbericht. Vorgehen nach Bumm.)

55. — The curability of cervical cancer of the uterus. New York med. Journ. Nr. 5. Febr. p. 117. Bull. of the Lying-in Hospital of the City of New York. March. p. 40. (Vergleich der Resultate der vaginalen und abdominalen Operationsmethode unter Benutzung der Statistiken Wertheims und Schautas. Die Mortalität der erweiterten abdominellen Operation ist in den Vereinigten Staaten im Laufe der letzten 17 Jahre von 30 auf 8—15% gesunken. Die europäische Operabilitätsziffer von 66% wurde in Amerika nur im John Hopkins Hospital erreicht, während sie in anderen Kliniken nur 25% betrug. Die Ursache hierfür erblickt Verf. in der bei uns in die Wege geleiteten Erziehung des Publikums, sowie der besseren Zentralisation.)

56. Brüggemann, A., Beitrag zur Serumdiagnose maligner Tumoren. Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 25. Heft 5. p. 877—901. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 12. p. 556. (Die Kellingsche Reaktion IIa war bei malignen Tumoren insgesamt in 51%, bei solchen des Magendarmtraktus in 68% positiv, während sie bei anderen Erkrankungen nur in etwa 12%, bei Graviden freilich in 87,5% leicht positiv war. Probe IIb stimmte meist damit überein, während die Ergebnisse der Probe III ganz wechselnd waren. Nach einer Radikaloperation war die Reaktion verschwunden. Unter den positiven überwiegen sehr die zerfallenen Karzinome, auch der Sitz ist von Einfluss auf das Ergebnis. Die Ascolische Meiostagminreaktion war, wenn eine Tropfendifferenz von zwei Tropfen als positiv angesehen wurde, in mehr als 50%, wenn 15 Tropfen Differenz genügten, in 70% der malignen Tumoren positiv, doch gaben im letzteren Falle auch die nichttumorkranken Patienten 13,5% positive Ergebnisse. Die Wassermannsche Reaktion war bei malignen Tumoren ohne Lues stets negativ. — Umfassendes Literaturverzeichnis.)

57. Bumm, E., Zur Frage der Wundversorgung bei der Radikaloperation des Carcinoma colli uteri. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 1. p. 1—7. (Für den glatten Verlauf nach Laparotomien kommt alles darauf an, in der freien Bauchhöhle stets nur unversehrtes, gesundes Peritoneum zurückzulassen. Wunde Stellen müssen sorgsam mit Bauchfell überkleidet oder, wo das nicht möglich ist, durch ein Dach aus zusammengerafftem Peritoneum der Nachbarschaft überdeckt und so aus dem Bauchraume ausgeschaltet werden. Dasselbe gilt für infizierte Partien des Bauchfells. Nach diesen Grundsätzen hat Bumm durch Anwendung der doppelten serösen Naht in zwei übereinander gelegten Reihen und Weglassen jeder Drainage bei der Radikaloperation des Uteruskrebses in einer Serie von 100 Fällen, die in den letzten $1^1/_4$ Jahren unter denselben Indikationen bei einer Operabilitätsziffer von 65% ausgeführt wurden, die Mortalität von 29 bzw. 21% auf nur 6% herabdrücken können und in den letzen 41 Fällen überhaupt keine Peritonitis gesehen.)

58. — Über Ureterunterbindung als Therapie bei hochsitzender Ureterverletzung. Gyn. Ges. zu Berlin. Sitzg. vom 25. April. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 21. p. 992. (Vortragender empfiehlt die einfache Unterbindung des Ureters, die er viermal aus-

geführt hat. Jedesmal ist es reaktionslos verlaufen, nur ein Fall ging später infolge Verjauchung schlecht aus, was aber der Ureterverletzung nicht zur Last zu legen ist. Ein Durchschneiden der Ligatur ist nicht zu fürchten, die Niere atrophiert merkwürdigerweise schnell, innerhalb zwei Tagen, so dass er eine Hydronephrose nicht gesehen hat. —Diskussion: Jolly, Mackenrodt, Schäffer, Koblank, Gerstenberg, Franz.)

59. Burckhard, G., Über den Wert der Probeausschabung zur Diagnose des Carcinoma corporis uteri. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 75. Heft 1. p. 34—37. (In vier Fällen wurde in dem trotz negativen Ausfalls der histologischen Untersuchung des Ausschabungsmaterials vaginal exstirpierten Uterus eine beginnende karzinomatöse Gewebswucherung im Fundus gefunden. Man soll sich daher ja nicht in Zweifelsfällen durch einen trügerischen mikroskopischen Befund von einer nach den allgemeinen klinischen Symptomen indizierten Uterusexstirpation abhalten lassen.)

60. Burkhardt, L., Die Behandlung des inoperablen Karzinoms nach Zeller. Klin. Demonstrationsabend im allg. städt. Krankenhaus zu Nürnberg. 8. Mai. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 23. p. 1087.

61. Burzi, G., Beitrag zur Chemotherapie des Karzinoms und der Hauttuberkulose mit Kupferlezithin. Gaz. degli osped. Nr. 119. Ref. Wiener klin. Wochenschr. 1914. Nr. 3. p. 57. (Nicht gynäkologisch. Erfolg bei Karzinom sehr gering; bei fortgesetzter Anwendung sogar ausgesprochene Tendenz der Verschlimmerung.)

62 Calmann, Ad., Resultate der Radikaloperation wegen Uteruskarzinom. Ärztl. Verein in Hamburg. Sitzg. vom 20. Mai. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 34. p. 1661. (Den 53 Operationen gegenüber standen nur sechs Fälle, in denen er die Operation ablehnen musste wegen Zuweitvorgeschrittenseins des Falles. Von den 53 Operierten ist nur eine Patientin gestorben.)

63. Cancer, Studies in — and allied subjects. New York 1912. The Columbia university press; London: Henry Frowde. (Es handelt sich um den zweiten Bd.: „Pathologie", eines grossen Werkes in vier Bänden und beschäftigt sich ganz vorzugsweise mit Immunität gegen Krebs, hauptsächlich auf Tierversuche basiert. Ausser Isaak Levin haben noch Sittenfield, Lambert, Hanes, Frank und Unger mitgewirkt. Ein Vorwort stammt von Mac Callum. Auch das Wachstum von Geschwulstzellen im Reagenzglase, Wanderungen von Geschwulstzellen und Phagozytose derselben finden Erwähnung. 31 Tafeln sind zur Erläuterung des Textes beigefügt. Bd. 3 (dieselben Herausgeber, 308 S.) ist im Jahre 1913 erschienen. Ref. The Lancet. 1914. Nr. 4718. Jan. 31. p. 320—321.)

64. Chabanier, H., L. Rollin et E. Chabanier, Action du cuivre colloidal sur le sang. La Presse méd. Nr. 11. p. 102.

65. Charrier, A., et A. Parcelier, A propos d'un cas de récidive tardive d'un cancer du col de l'utérus. Journ. de méd. de Bordeaux. Tome 63. Nr. 13. Mars u. Revue prat. d'obst. et de gyn. Tome 21. Heft 7. p. 193—201. (1903 vaginale Hysterektomie; 1912 Rezidiv. Literaturübersicht aller Fälle von Carcinoma uteri nach Abrasio oder spontan geheilt.)

66. Childe, C. P., Suggestions for the technique and performance of Wertheims abdominal hysterectomy. Royal Soc. of Med. Sect. of Obst. and Gyn. Meeting on July 3. Ref. The Lancet. Nr. 4691. July 26. p. 221. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 24. Heft 2. August. p. 120—121. Als Original erschienen in Brit. med. Journ. Nr. 2751. Sept. 20. p. 721—722. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 42. p. 1964. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 47. p. 2644. (Vortragender stellt Betrachtungen an über die Möglichkeit die beiden Hauptgefahren der Operation: Schock und Infektion, zu vermeiden. Zu letzterem Zwecke wird unmittelbar vor der Operation das Karzinom vaginal ausgekratzt und kauterisiert, die Höhle mit Jodtinktur bepinselt und die Scheide mit Jodoformgaze austamponiert. Die Tamponade wird erst im letzten Moment vor der Eröffnung der Scheide von einem eigenen Assistenten entfernt. Verf. vermeidet die zahlreichen Ligaturen im Becken, nur die Art. ovarica und uterina werden mit Seide unterbunden, die Ligamente und die Scheide werden mit einer von ihm angegebenen Quetschzange abgequetscht und kauterisiert. Tamponiert wird nur, wenn kapilläre Blutung dies erfordert und nicht länger wie 24 Stunden. Sehr heruntergekommene Patientinnen sollen sich vor der Operation erst erholen.)

67. Chlumsky, V., Über die nichtoperative Behandlung von bösartigen Tumoren. Wiener klin.-therap. Wochenschr. Nr. 10. p. 295—298. (Was Verf. an einzelnen Erfolgen

von der Czerny-Truneczekschen Arsenbehandlung, der Röntgenbestrahlung und der Zellerschen Arsen-Siliziumätzung beobachtet hat, bezog sich nur auf leicht zugängliche oberflächliche Tumoren. Nebenbei wird der gute Erfolg der Röntgenbestrahlung bei tuberkulösen Lymphomen hervorgehoben.)

68 Chodounsky, R., Beitrag zum Studium der primären Kankroide des Uterus. Casopis lékarno ceskych. 1911. Nr. 28. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 12. p. 441. (Bei einer 49jährigen Frau mit starken Uterusblutungen fand sich in dem exstirpierten Uterus im Fundus ein von der vorderen Wand ausgehender, kleinapfelgrosser, braunroter, breitgestielter Tumor. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass es sich um ein aus typischem Plattenepithel bestehendes Karzinom handelte, das die Drüsenform beibehalten hatte. Zwischen Tumor und benachbarter Schleimhaut bestand eine scharfe Grenze. Verhornungen oder Epithelperlen fanden sich nicht, dagegen aber Interzellularbrücken. Übergangsformen wurden nicht gefunden. In den Drüsen und im Epithel der übrigen Uterusoberfläche wurden keine Veränderungen im Sinne einer Wucherung oder Metaplasie konstatiert.)

69. Christin, De l'influence du cancer du col utérin sur la musculature du corps de l'utérus. Publications de Beuttner. Tome 5. p. 113.

70. Church, W., Annual report of the imperial cancer research fund. July 17 at Bloomsbury. Ref. The Lancet. Nr. 4693. August 9. p. 417—419. The Brit. med. Journ. Nr. 2744. August 2. p. 256—259. (Statistisches.)

71. Clark, J. G., The radical abdominal operation of the cancer of the uterus. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 16. Heft 3. March. p. 255—265. Ref. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 23. Nr. 6. p. 410. (Auf Grund der Literatur und eigener Erfahrungen kommt Verf. zu dem Schluss, dass die erweiterte abdominale Radikaloperation zwar den höchsten Prozentsatz von Dauerheilungen erzielt hat, dass aber ihrer Einführung in die allgemeine chirurgische Praxis ihre Schwierigkeit und hohe primäre Mortalität im Wege stehen. Ihr Hauptvorteil besteht in der Möglichkeit, ein grosses Stück der Scheide und der Parametrien mit zu entfernen. Dagegen scheint eine ausgedehnte Drüsenexstirpation von geringem Wert. Für die Allgemeinpraxis ist vorläufig noch die einfache vaginale Hysterektomie oder die hohe Cervixamputation mit ausgedehnter Kauterisation vorzuziehen, bis das abdominale Verfahren einfacher und weniger gefährlich geworden ist.)

72. Clarke, H. R., Uterine endothelioma. North of England Obst and Gyn Soc Meeting at Manchester. Jan. 17. Ref. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 23. Nr. 3. March. p. 173. (Kasuistisch; 43jährige Frau. Die Neubildung geht aus von der Schleimhaut an der Einmündungsstelle der linken Tube.)

73. Colanéri, X., De la valeur de l'examen de la vessie dans le cancer de l'utérus. Thèse. Paris (Steinheil, éditeur).

74. Cragin, E. B., Carcinoma of the cervix in a girl eighteen years old. Amer. Journ. of Obst. Vol. 67. Jan. p. 144—145. Ref. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 23. Nr. 3. March. p. 166. (Kasuistisch. Abdominale Totalexstirpation; seit $1^1/_2$ Monaten noch rezidivfrei. Es handelt sich wahrscheinlich um ein Adenokarzinom.)

75. Croft, E. O., Early cancer of the body of the uterus. North of England Obst. and Gyn. Soc. Meeting in Leeds on April 18. Ref. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 23. Nr. 6. p. 430. (Kasuistisch. 48jährige Nullipara. Curettage wegen unregelmässiger Blutungen. Typisches Adenokarzinom. Abdominale Totalexstirpation. Im Uterus nur eine bohnengrosse Stelle an der linken Tubenmündung, die maligne Veränderung zeigt.)

76. — Epithelioma of vaginal portion of the cervix. North of England Obst. and Gyn. Soc. Meeting in Leeds on April 18. Ref. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 23. Nr. 6. p. 430. (Kasuistisch. 35jährige, verheiratete Frau. Parametrien und Drüsen waren frei.)

77. Cruet, P., De l'utilité de l'examen cystoscopique dans le diagnostic d'opérabilité du cancer de l'utérus. (Die Zweckmässigkeit der kystoskopischen Untersuchung bei der Diagnose der Operabilität des Cervixkarzinoms.) Annales de gyn. et d'obst. Janv. et Févr. p. 1—18 u. 70—90. Ref. La sem. méd. Nr. 26. p. 302. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 13. p. 622. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 38. p. 2133. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 23. Nr. 5. May. p. 324—325. (Die mit zahlreichen, auch kystoskopischen Bildern versehene, höchst instruktive Arbeit kommt

zu dem Ergebnis, dass die vaginale und rektale Untersuchung oft ungenügend sind, um uns darüber aufzuklären, ob Blasenboden und Ureteren noch intakt und von der Neubildung nicht ergriffen sind. Während die einfache, oder mit Zirkulationsstörungen (hämorrhagische Punkte, diffuse Röte) verbundene Hervorwölbung des Blasenbodens von keiner Bedeutung ist, zeigen ausgesprochene Falten- und Hügelbildung desselben feste Verwachsungen an, die, beinahe immer entzündlichen Ursprungs, zu Schwierigkeiten in der Ablösung und häufig zu Verletzungen von Blase und Harnleitern führen. Diffuses Ödem mit breiten parallelen Falten und meist mit ausserordentlich festen Verwachsungen verbunden, dürfte den Verdacht auf Neubildung (der Blase) verstärken, die Operation mehr weniger gefährlich oder wenigstens unnötig machen. Die Kompression der Harnleiter verrät sich durch verzögerte, unregelmässige Ejakulation, durch Krampf der Mündungen; in sehr vorgeschrittenen Fällen durch eine gewisse, nach der Ejakulation auftretende Rigidität der nächst denselben liegenden Blasenschleimhaut. Diese Zeichen von Ureterenkompression geben fast immer mit Sicherheit den Sitz der Operationsschwierigkeit an und sollten verhüten, einen Harnleiter zu verletzen. Sie sind sehr häufig, wenn nicht Regel, in vorgeschrittenen Fällen und bestärken die Diagnose operativer Unmöglichkeit, wenn der Blasenboden nur leichte Veränderungen zeigt. Man sollte daher in bestimmten Fälle, wenn man vor der Hysterektomie über den Zustand der Harnorgane in Zweifel ist, sich stets zur Kystoskopie, die manche unnötige Operation verhüten kann, entschliessen.)

78. Cullen, Th. S., The radical operation for cancer of the uterus. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 16. Heft 3. March. p. 265—272. Ref. Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. Nr. 9. Sept. p. 562. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 23. Nr. 6. p. 411. (Besprechung der Technik und Empfehlung der erweiterten abdominalen Radikaloperation, die trotz ihrer grossen Gefahren die besten Dauerresultate verspricht.)

79. — The surgical pathology of cancer. Med. Soc. of the county of New York. Meeting of March 24. Ref. The Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 68. Nr. 427. July. p. 123—125. (Nicht speziell gynäkologisch. Demonstration histologischer Präparate.)

80. Czerny, V., Über Entstehung und Behandlung des Krebses. Wissenschaftl. Verein Urania in Berlin. Vortrag am 5. März. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr 13. p. 734. (Populär gehaltener Vortrag, der die Ansichten Czernys auf Grund 40jähriger Beobachtungen in knapper Form zusammenfasst.)

81. — Nichtoperative Krebsbehandlung. Badisches Landeskomitee f. Krebsforschung. Sitzg. vom 30. Juni in Heidelberg. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 32. p. 1797. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 34. p. 1380. Wiener med. Wochenschr. Nr. 43. p. 2802. (Allmählich hat die nichtoperative Krebsbehandlung mit den zunehmenden Erfolgen an Vertrauen gewonnen. Immerhin gilt noch der Standpunkt, dass die Operation dort, wo sie anwendbar ist, als das sicherste Verfahren den Vorzug verdient und die nichtoperativen Methoden als Ergänzung für die chirurgischen Eingriffe betrachtet werden und nur dort als Ersatz für die Operation in Frage kommen, wo entweder der Eingriff verweigert wird oder keine Aussicht auf Erfolg bietet.)

82. — Über die neuen Bestrebungen, das Los der Krebskranken zu verbessern. Leipzig, Berlin, B. G. Teubner (0,60 Mk.).

83. Daels, F., et C. Deleuze, Etude de facteurs exerçant une action d'arrêt de développement on de désagrégation sur le tissu néoplasique malin. Arch. méd. exp. 1911 Nov. 1912. Jan. et Mars und Zentralbl. f. Gyn. Nr. 27. p. 989—998.

84. Dartigues, L., Technik der abdominalen Hysterektomie in einem Falle von Uterusmyom, kombiniert mit Karzinom der Cervix. Soc. des chir. de Paris. Séance du 6 Juin. Ref. La Presse méd. Nr. 55. p. 559. (Vortragender hat mit Erfolg die Angiotripsie angewandt durch temporäres Abklemmen.)

85. Davis, Th. G., Eine Laboratoriums-Urinprobe auf Karzinom und Sarkom. Amer. Journ. of Med. Scienc. Vol. 145. Nr. 6. p. 857—865. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 28. p. 1312. (100 ccm Urin mit 10 ccm Salzsäure bis zum Siedepunkt erhitzt, nach dem Erkalten 30 ccm Äther hinzugesetzt, gut durchgeschüttelt. Nach etwa 12 Stunden wird der Äther auf eine weisse Schale abgegossen und verdunsten gelassen. Es bleiben Gallensäuren und Farbbestandteile zurück. Durch Hinzufügen von 1% Natrium bicarbonicum-Lösung wird die Gallensäure in die Salze übergeführt und diese zu einer $^1/_2$%igen Lösung von Methylviolett gesetzt, die in Rot umschlägt. Verf.

fand die Probe positiv bei allen Fällen von Karzinom und Sarkom und empfiehlt sie zur Frühdiagnose in okkulten Fällen. Sie ist ebenfalls positiv bei Fällen von Blutfarbstoff im Urin.)

86. Debaisieux, T., Contribution à l'étude du sérodiagnostic du cancer. Acad. de méd. de Belgique. Séance du 26 Juillet. Ref. La sem. méd. Nr. 31. p. 372. La Presse méd. Nr. 74. p. 746. (Vortragender berichtet über die Anwendung der Abderhaldenschen Reaktion bei 42 Fällen von malignen Tumoren verschiedener Organe. Bis auf einen Fall war die Reaktion immer positiv bei allen Karzinomen und Sarkomen, negativ bei allen nichtmalignen Tumoren. Die Abderhaldensche Reaktion soll das einzig richtige Karzinomdiagnostikum sein.)

87. Deheegher, A., Bijdrage tot de studie der vaccinatie tegen boosaardige nieuwvormingen met behulp der Abderhalden-reactie. (Beitrag zum Studium der Vakzination gegen maligne Neubildungen mit Hilfe der Abderhaldenschen Reaktion.) Geneesk. Tijdschr. v. Belgie. Bd. 4. Nr. 15, 16 u. 19. (Holländisch.)

88. Delaunay, E., Fibromes multiples et cancer utérin. Soc. d. chir. de Paris. Séance du 12 Déc. (Cf. „Myome", Nr. 36.)

89. Deseniss, P., Portiokarzinom mit Drüsenmetastasen an der Hypogastrica. Ärztl. Verein in Hamburg. Sitzg. vom 14. Jan. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 4. p. 213. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 7. p. 330. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 14. p. 678. (Beginnender Fall (Wertheim), der leicht vaginal, ohne Hilfsschnitte hätte operiert werden können. Er zeigt wieder, wie schon ganz initiale Fälle schon sehr früh Drüsenmetastasen machen können, die natürlich für jede vaginale Methodik unangreifbar sind. Das Karzinom war nur warzengross, lediglich auf die Muttermundslippe beschränkt.)

90. — Abdominale Radikaloperation des Uteruskrebses. Ärztl. Verein in Hamburg. Sitzg. vom 20. Mai. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 34. p. 1661. (13 Fälle; nur zwei von den insgesamt 15 Fällen musste er als aussichtslos ablehnen. Nur ein einziger primärer Todesfall; an Debilitas cordis und Pneumonie. Von den vor dem Jahre 1908 Operierten drei Dauerheilungen von $5^1/_2$—10 Jahren.)

91. Deutsch, F., und R. Köhler, Serologische Untersuchungen mittelst des Dialysierverfahrens nach Abderhalden. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 34. p. 1361. (Karzinomsera zeigten Karzinomgewebe gegenüber in allen Fällen positiven Ausfall. In einer gewissen Anzahl von Fällen (ca. 40%) wurde von diesen Seris auch Plazenta abgebaut, ein Verhalten, das Verf. aus näher angegebenen Gründen erklärlich erscheint. Die Arbeit befasst sich an erster Stelle mit nicht-gynäkologischen Erkrankungen.)

92. Dickinson, R. L., Discussion of paper on cancer of the cervix. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 16. Heft 3. p. 281. (Richtet sich gegen Werder (cf. Nr. 377). Verf. zieht die vaginale Igniexstirpation vor. In leichteren Fällen soll sogar die hohe Cervixamputation mit Exstirpation eines kegelförmigen Stückes des Korpus mit dem Galvanokauter genügen. Die Spitze des Kegels kann eventuell bis zum Fundus reichen, so dass dann die ganze Uterusschleimhaut exstirpiert ist.)

93. Dietrich, S., Drei Präparate von beginnendem Uteruskarzinom. Niederrhein.-westf. Ges. f. Gyn. u. Geb. Sitzg. vom 1. Dez. 1912. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Erg.-Heft. p. 372. (1. Im Fundus uteri eine kaum linsengrosse Krebsentwickelung. Die Diagnose wurde 14 Tage nach dem Auftreten atypischer Blutung durch Probecurettement gestellt. Die 56jährige Frau ist seit sechs Jahren rezidivfrei. 2. Ganz ähnliches Präparat einer 42jährigen Frau, jetzt seit vier Jahren rezidivfrei. 3. Auf der hinteren Lippe der Portio ein kleines Geschwür, das dem unbewaffneten Auge kaum verdächtig ist, sich aber mikroskopisch als typisches Karzinom erweist. Die Frau war erst 29 Jahre alt.)

94. — Anurie nach erweiterter abdominaler Radikaloperation wegen Kollumkarzinoms. Zeitschr. f. gyn. Urol. Bd. 4. Heft 4. p. 134—137. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 41. p. 2010. (Am 16. Tage post op. bei der 28jährigen Patientin völlige Anurie, welche drei Tage anhielt. Kystoskopisch Cystitis bullosa; aus beiden Ureterenmündungen ragen dicke Eiterpfröpfe in die Blase hinein. Auf zweimalige Instillation von je 200 ccm Suprareninlösung (0,1 : 1000) in die Blase tritt nach $16^1/_2$ Stunden plötzlich starker Urindrang auf. Seitdem spontane Urinentleerung. Drei Tage später Auftreten einer Ureterfistel, die sich aber nach 10 Tagen spontan schloss. Ätiologie der Anurie: teils trophische Störung, teils Infektion der dislozierten Ureteren und der Blase vom Wundbette aus.)

95. Dinermann, Contribution à l'étude clinique et anatomo-pathologique de l'influence du cancer de l'utérus sur le systeme urinaire (troisième cas). Publications de Beuttner. Tome 5. p. 535.

96. v. Dungern, E., und J. Halpern, Über Komplementbindungsreaktion mit Liquor cerebrospinalis bei Karzinom. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 35. p. 1923. (Es wurde der Liquor cerebrospinalis von Karzinomkranken daraufhin untersucht, ob ebenso wie im Serum der Wassermannschen Reaktion analoge Komplementbindungsreaktionen nachgewiesen werden konnten. Es wurde Komplementbindungsreaktion mit Azetonextrakt aus roten Blutkörperchen eines Paralytikers vorgenommen, ohne Zusatz von Natronlauge. Nebenbei wurde die gleiche Reaktion mit Herzextrakt angestellt. Es ergab sich, dass fünf Fälle von Karzinom positive Reaktion des Liquor zeigten, obgleich keinerlei Erkrankungen des Zentralnervensystems vorlagen. Die Unterscheidung von Syphilis war durch Untersuchung mit Herzextrakt möglich; alle Karzinomfälle reagierten mit Herzextrakt negativ. v. Dungern hat schon darauf hingewiesen, dass die Möglichkeit einer Allgemeininfektion bei Karzinom vorliegt, wenn auch dafür keine sicheren Beweise vorhanden sind.)

97. Eliasberg, J., Über die Wassermannsche Reaktion bei malignen Tumoren. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 124. Heft 1—4. (Bei malignen Tumoren tritt mit syphilitischem Leberextrakt und mit Meerschweinchenherzextrakt keine Bindung des Komplements ein.)

98. Epstein, E., Die Abderhaldensche Serumprobe auf Karzinom. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 17. p. 649—653. Ref. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 12. p. 375. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 18. p. 995. (Epstein hat 37 Sera von Karzinomkranken untersucht; davon lösten 36 Karzinomeiweiss, während das eine, welches nicht reagierte, von einem kachektischen Greis stammte; in keinem Falle wurde Plazentareiweiss angegriffen. Von 47 Kontrollseren von verschiedenen Krankheiten ergaben 46 mit Karzinomeiweiss ein negatives Resultat; nur das Serum eines an Tuberkulose Erkrankten mit multiplen Abszessen reagierte positiv. Verf. kommt aus seinen Versuchen zu dem Schluss, dass die Methode geeignet sein dürfte, zur Abgrenzung des Karzinomserums vom Gravidenserum und vom Serum anderer Kranken und Gesunden. — Technik. Es wurde immer Biuret- und Ninhydrinreaktion nebeneinander gemacht.)

99. — Die Anwendung der Abderhaldenschen Serumprobe auf die serologische Diagnostik des Karzinoms. K. k. Ges. d. Ärzte in Wien. Sitzg. vom 25. April. Ref. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 18. p. 729.

100. Eversmann, J., Vaginale oder abdominale Radikaloperation? Ärztl. Verein in Hamburg. Sitzg. vom 20. Mai. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 34. p. 1661. (Vortragender hebt mehrere Nachteile der vaginalen Operationsmethode hervor. Grosser Fettreichtum ist bei beiden eine strikte Kontraindikation gegen die Radikaloperation; viel weniger ein weit fortgeschrittenes Stadium des Leidens selbst. Eversmann glaubt im übrigen, dass es viel weniger auf die Radikaloperation als solche ankomme, als auf die frühzeitige Operation. Von den sechs seit $^3/_4$ Jahren Operierten war bei drei Fällen die Operation mit Blasenresektion und einseitiger Ureterresektion und -implantation einhergegangen mit völliger Einheilung resp. Kontinenz.)

101. Faure, J. L., De quelques indications opératoires précises dans les cas de cancer du col de l'utérus. Congrès français de gyn., d'obst. et de péd. (25—29 mars) à Lille. Ref. Ann. de gyn. et d'obst. Tome 10. Mai. p. 301. La Presse méd. Nr. 28. p. 281. Revue de gyn. et de chir. abd. Tome 20. Nr. 4—5 (Avril-Mai). p. 526—528. Paris méd. Nr. 22. p. 1013. La Gynéc. Nr. 4. p. 230. Als Original erschienen in Arch. mens. d'obst. et de gyn. Année 2. Nr. 4. Avril. p. 324—333. (Auch im Referat gut wiedergegebene, ausführliche Indikationsstellung zur Operation des Carcinoma cervicis. Vortragender zieht den abdominalen Operationsweg vor. Diskussion: Jayle, der auf die Bedeutung der Parametritis und der Schmerzen für die Operabilität und die Indikationsstellung zur Operation hinweist und Pollosson, der den abdominalen Weg auch bei fetten Frauen dem vaginalen vorzieht [Schnitt nach Pfannenstiel].)

101a. — Cancer du col de l'utérus. Soc. de chir. de Paris. Séance du 9 Avril. Ref. Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris. Année 49. Nr. 13. p. 579. (Karzinomatöses Ulcus der hinteren Scheidenwand, das sicher durch direkten Kontakt mit dem Karzinom der Portio, d. h. durch direkte Einimpfung entstanden ist und den Beweis der parasitären Natur des Krebses beibringen soll.)

102. — Traitement du cancer du col de l'utérus par l'hystérectomie abdominale. Soc. de chir. de Paris. Séance du 2 Juillet. Ref. Bull. et mém. de la soc. de chir.

de Paris. Année 39. Nr. 25. p. 1061—1064. La sem. méd. Nr. 28. p. 333. La Presse méd. Nr. 56. p. 570. (Vortragender macht seit sieben Jahren die abdominale Totalexstirpation. Von den zahlreichen Operierten hat er von 24 Privatpatienten etwas Näheres über ihr späteres Befinden erfahren können. 17 blieben bis jetzt rezidivfrei, manche darunter über vier, fünf und sechs Jahre. Fünf hatten im ersten halben Jahre nach der Operation Rezidive und zwei sind sofort infolge der Operation gestorben.)

103. Faure, J. L., Resultate der erweiterten abdominalen Totalexstirpation. XVII. Intern. med. Kongr. in London. 6.—12. August. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 37. p. 2083. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 38. p. 1864. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 39. p. 1834. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 46. p. 1924. Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. Nr. 11. Nov. p. 678. (Von 24 Operierten starben zwei (= 8,33 $^0/_0$) an den Folgen der Operation, fünf (= 20,83 $^0/_0$) an Rezidiven. Bei 17 (= 70,83 $^0/_0$) Frauen trat Heilung ein; von diesen ist bei 13 seit der Operation eine Zeit von 20 Monaten bis $6^1/_2$ Jahren verstrichen. Radium soll nie an Stelle der Operation angewandt werden, sondern stets nur postoperativ zur Verhütung von Rezidiven.)

104. Feuchtwanger, J., Demonstration eines Präparates eines Uterus und der ganzen Vagina, welche einer 48jährigen Frau wegen primären Karzinoms der Vagina auf vaginalem Wege entfernt wurden. Ärztl. Verein in Frankfurt a. M. Sitzg. vom 7. April. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 19. p. 1062. (Die Wunde wurde in der Weise versorgt, dass das vordere Peritoneum an den Schnittrand der Vagina direkt hinter dem Orificium urethrae an-, das hintere Peritoneum sodann auf das vordere aufgenäht und die übrige Wundhöhle tamponiert wurde. Die Prognose der Vaginalkarzinome ist eine sehr schlechte.)

105. Fibiger, J., Über eine durch Nematoden (Spiroptera sp. n.) hervorgerufene papillomatöse und karzinomatöse Geschwulstbildung im Magen der Ratte. Berl. klin. Wochenschrift. Nr. 7. p. 289—298. (Ausgehend von dem zufälligen Befunde von Parasiten in einer papillomatösen Geschwulst im Magen von Ratten ist es Fibiger nach mühsamen Versuchen gelungen, diesen Parasiten festzustellen, den Zwischenwirt zu finden und endlich durch Fütterung des Zwischenwirts mit Parasiteneiern und von Ratten mit den Zwischenwirten künstlich mit grosser Sicherheit Papillome und echte Karzinome zu erzeugen. — Viele Abbildungen mikroskopischer Präparate.)

106. Fischer, W., Über die lokale Anhäufung eosinophil-gekörnter Leukozyten in den Geweben, besonders beim Krebs. Beitr. z. pathol. Anat. u. z. allg. Path. (E. Ziegler). Bd. 55. Heft 1. (Besonders hochgradig bei Plattenepithelkrebsen. Scheinen aus emigrierten Blutzellen entstanden zu sein.)

107. Fitz Gibbon, Gibbon, Gleichzeitiges Karzinom der Tube, des Ovariums und der Cervix. Sect. of Obst. of the Royal. Acad. of Med. in Ireland. Meeting on Dec. 12. Ref. The Lancet. 1914. Nr. 4714. Jan. 3. p. 33. The Brit. med. Journ. 1914. Nr. 2767. Jan. 10. p. 86. (Kasuistisch. Genaue Beschreibung des Präparats. Es lässt sich nicht feststellen, welches das primäre Karzinom ist.)

108. Frank, R. T., Contraindications to curetting. A clinical study. New York med. Journ. Vol. 97. Nr. 16. April 19. p. 808—811.

109. Frank, E., und F. Heimann, Über Erfahrungen mit der Abderhaldenschen Fermentreaktion beim Karzinom. Med. Sekt. d. schles. Ges. f. vaterl. Kultur. Sitzg. vom 14. März. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 28. p. 1386. Als Original erschienen in Berl. klin. Wochenschr. Nr. 14. p. 631—633. (Von 46 Karzinomen reagierten 45, d. h. 97,8 $^0/_0$ positiv, während von 20 Normalseren 19, d. h. 95 $^0/_0$ negativ reagierten. Die Karzinomseren bauten Karzinomgewebe, aber auch Plazenta ab, die Seren der Schwangeren sowohl Plazenten als auch Karzinom. Mit früher beschriebenen Fällen verfügen Verff. insgesamt über 54 Karzinome mit 53, d. h. 98,2 $^0/_0$ positive Reaktionen. — Diskussion: Markus (cf. Nr. 229; Original), Herzberg (cf. „Myome" 73).

110. Fränkel, S., Zur Chemie des Karzinoms. Wiener klin. Wochenschr. 1912. Nr. 27. p. 1041.

111. Frankl, O., Anatomisches Präparat eines besonders weichen Kollumkarzinoms. Geb.-gyn. Ges. in Wien. Sitzg. vom 20. Mai. Ref. Wiener med. Wochenschr. Nr. 37. p. 2280. (Der Uterus lässt sich durch einen umgekehrt gehaltenen Bleistift leicht perforieren. Diese auffallende Weichheit des Uterus, wie sie nicht allzuselten konstatiert werden kann, ist unter Umständen von gerichtsärztlicher Bedeutung, wenn es sich um die Entscheidung darüber handelt, ob in einem Falle ein Kunstfehler begangen worden ist oder nicht.)

112. Frankl, O., Über Analogien zwischen Mäusekrebs und Menschenkrebs. 85. Versamml. deutsch. Naturf. u. Ärzte in Wien (21.—27. Sept.). Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 42. p. 2369. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 43. p. 2124. Wiener klin. Wochenschr. p. 1825. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 47. p. 2210. Frauenarzt. Bd. 28. Heft 2. 15. Nov. p. 497—498. (Aus Versuchen geht hervor, dass die ganz enorme Empfänglichkeit der Maus für Karzinom, ferner die allzu günstige Beschaffenheit der gewöhnlichen Impfstelle die wahren Eigenschaften der Mäusekrebszelle verschleiern und dadurch eminente Unterschiede zwischen Mäusekrebs und Menschenkrebs quod Biologie bedingen. Im Wesen der Tumorzelle liegt die Differenz zwischen Mäusekrebs und Menschenkrebs nicht begründet. Die bestehenden histologischen und biologischen Differenzen zwischen Mäusekrebs und Menschenkrebs sind nicht derart, dass sie v. Hansemanns Ausspruch, der einer Ablehnung der weiteren Forschung auf dem Gebiete des Mäusekrebses gleichkommt, rechtfertigen könnten.)

113. Freund, E., Die Abderhaldensche Reaktion bei Karzinom. K. k. Ges. d. Ärzte in Wien. Sitzg. vom 25. April. Ref. Wiener med. Wochenschr. Nr. 19. p. 1199. (Bei der Abderhaldenschen Reaktion baut das Serum Karzinomatöser Karzinomgewebe ab; bei der zytolytischen Reaktion (Freund-Kaminer) schützt das Karzinomserum Krebszellen vor dem Abbau. Der hier bestehende scheinbare Widerspruch klärt sich in folgender Weise auf: bei der zytolytischen Reaktion werden native Krebszellen verwendet, bei der Abderhaldenschen Reaktion ausgewässertes und gekochtes Karzinomgewebe. Die zytolytische Reaktion ergibt gegenüber gekochten Karzinomzellen das entgegengesetzte Resultat wie gegenüber nativen Zellen, d. h. die gekochten Karzinomzellen werden durch Karzinomserum zerstört.)

114. — Über chemische Grundlagen für Karzinomtherapie. Kongr. d. intern. Verein f. Krebsforschung zu Brüssel. August. Als Original erschienen i. d. Wiener klin. Wochenschrift. Nr. 51. p. 2108—2110. (Lässt man Normalserum auf Karzinomzellen einwirken, dann zerstört dasselbe die Karzinomzellen, während dem Serum der Karzinomatösen diese Eigenschaft mangelt. Diese zellzerstörende Wirkung wird von einer stickstofffreien, bisher unbekannten Fettsäure bewirkt. In Extrakten von Karzinomprädilektionsstellen fehlt diese normale Fettsäure; ihre Zellen können sich nicht gegen die Karzinomzelle schützen (lokale Disposition). — Im Serum Karzinomatöser findet sich aber auch eine abnormale spezifische Substanz, die imstande ist, die Normalsäure zu vernichten. Es ist ein sog. Nukleoglobulin mit der chemischen Anomalie, dass es weit mehr Kohlehydrat und Fettsäure enthält, als normales Nukleoglobulin, und entsteht im Darminhalt, gleichviel, wo das Karzinom sitzt (allgemeine Disposition). In geringer Menge zu Normalserum zugesetzt, verleiht es diesem sogar die Eigenschaft, die Abderhaldensche Reaktion auf Karzinom zu geben. Es wird die nächste Aufgabe sein müssen, die Bedingungen für die Entstehung, sowie für die Verhinderung dieser Substanz im Darminhalte zu studieren.)

115. — Wie unterscheidet sich das Neugebilde chemisch vom Muttergewebe? XVII. Intern. med. Kongr. in London. 6.—12. August. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 40. p. 2260.

116. — und G. Kaminer, Über die Herkunft der die Karzinomzellen beeinflussenden Serumbestandteile. K. k. Ges. d. Ärzte in Wien. Sitzg. vom 13. Juni. Als Original erschienen i. d. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 25. p. 1009—1011.

117. Fried, C., Zur Serodiagnostik der malignen Geschwülste. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 50. p. 2782—2783. (Die Versuche, die nach den ursprünglichen Vorschriften v. Dungerns ausgeführt wurden, ergaben folgende Resultate. Von 20 Karzinomkranken reagierten 17 (d. h. 85%) positiv, drei (15%) negativ; von 18 Nichtkarzinomkranken mit positiver Wassermannscher Reaktion reagierten 11 (61,11%) positiv, sechs (33,3%) negativ, einer zweifelhaft; von 37 Nichtkarzinomkranken mit negativer Wassermannscher Reaktion reagierten 19 (51,35%) positiv, 12 (32,43%) negativ, sechs (16,22%) zweifelhaft. Nichttumorkranke, zumal Luetiker, zeigen also in mehr als der Hälfte der Fälle positive Reaktion. — Nach der Abderhaldenschen Methode (mit Ninhydrin) reagierten von 24 sicher Karzinomkranken 19 (d. h. 79,17%) positiv, vier (16,67%) negativ, einer zweifelhaft; von 33 Sarkomkranken zwei positiv, einer negativ; von 15 sicher Nichtkarzinomkranken vier (26,67%) positiv, 11 (73,33%) negativ, von acht sicher nicht Sarkomkranken vier positiv, vier negativ. Zur Kontrolle der Spezifität eingestellte Organe, wie Thyreoidea, Struma colloides, Muskel, Plazenta, sogar Kalbsmuskel reagierten trotz grösster Genauigkeit bei der Ausführung der Reaktion mehr oder minder häufig ohne klinisch erkennbaren Grund positiv mit

Karzinomseren. Dass die Reaktion ausserordentlich diffizil ist und unspezifische Resultate daher gerne als von Versuchsfehlern herrührend gedeutet werden, darf als Nachteil nicht übersehen werden.)

118. Fries, H., Serumfermentreaktion nach Abderhalden bei Tumoren. Greifswalder med. Verein. Sitzg. vom 25. Jan. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 14. p. 677. (Bei Anwendung des Dialysierverfahrens unter Benutzung der ursprünglich von Abderhalden zu diesem Zweck empfohlenen Biuretreaktion gelang es weder bei der Schwangerschaftsreaktion noch bei Versuchen der Übertragung des Verfahrens zur Tumordiagnose (Myom, Karzinom, Kystom) eindeutige Resultate zu erzielen. Die Benutzung von Pergamentpapier oder anderen tierischen Membranen (menschliche Eihäute) als Diffusionshüllen hat sich nicht bewährt. — Jonas kann ebenfalls über die Reaktion mit Myom- und Karzinomseris noch kein bestimmtes Urteil abgeben. In der Schwangerschaft wurde stets ein deutlich positiver Ausfall der Reaktion erzielt.)

119. Fritsch, K. E., Ist die Karzinomreaktion nach Abderhalden praktisch verwertbar? Südostdeutsche Chir.-Vereinigung zu Breslau. Sitzg. vom 22. Nov. Ref. Berl. klin. Wochenschr. 1914. Nr. 4. p. 178. („Ja", allerdings nur in den Händen geübter und erfahrener Untersucher, denen ein gutes Laboratorium zur Verfügung steht.)

120. Gambarow, G. v., Moderne Strömungen in der Diagnostik bösartiger Neubildungen. Wratsch. Gaz. Nr. 38. Sitzungsber. der Ges. russ. Ärzte zu Moskau. (Gambarow hat 82 Versuche mit der Dialysiermethode nach Abderhalden gemacht und kam zu folgenden Schlüssen: Schwangerenserum hat in allen Fällen positive Reaktion mit Plazenta gegeben; Serum von Kranken mit malignen Tumoren hat in allen Fällen auf Karzinom-Antigen positiv reagiert; von zwei Fällen von luctischem Granulom reagierte der eine mit karzinomatösem Substrat positiv, der andere negativ. In einem Falle von gutartiger Geschwulst war die Reaktion auf karzinomatöses Gewebe positiv. Serum von gesunden und nichtschwangeren Frauen baut weder Plazenta noch Krebsgewebe ab. Die Abderhaldensche Reaktion ist spezifisch sowohl für Schwangerschaft als auch für maligne Tumoren.) (H. Jentter.)

121. — Die Diagnose der bösartigen Neubildungen und der Schwangerschaft mittelst der Abderhaldenschen Methode. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 30. p. 1644. (Das Material umfasst im ganzen 82 Fälle, darunter 48 mit malignen Tumoren, von denen 12 Uteruskrebse und fünf Rezidive nach Totalexstirpation. Bei Normalsera- und Schwangerenuntersuchungen kam kein Irrtum vor; bei 50 Tumoruntersuchungen war nur eine Fehldiagnose zu verzeichnen. Es handelte sich in diesem einzigen Falle um eine Luesaffektion, die eine positive Karzinomreaktion gab. Das Serum der Karzinomträger baute nur Karzinomeiweiss ab und niemals Sarkomgewebe. Umgekehrt gab Serum von Sarkomkranken mit Karzinomgewebe immer negative und mit Sarkomeiweiss stets eine positive Reaktion.)

122. Gaube, Krebsbehandlung mit Cuprase. Paris, Jules Rousset. (Verf. hat 15 Karzinomfälle mit einem Kupferalbumosenpräparat behandelt und kommt zu folgenden Schlüssen über die Einwirkung desselben: 1. Hemmung des Wachstums; 2. Linderung, selbst völliges Aufhören der Schmerzen; 3. Herabminderung bzw. Verschwinden des üblen Geruches bei ulzeriertem Krebs, insbesondere bei Karzinom des Uterus; 4. allgemeine Besserung im Befinden des Kranken.)

123. Gelarie, A. J., The influence of copper upon the growth of mouse carcinoma. The Brit. med. Journ. Nr. 2744. August 2. p. 222—223. (Zwölf Mäuse wurden mit Kupferammoniumsulfat injiziert; in zwei Fällen wurde der Tumor bedeutend kleiner, in drei verschwand er ganz; in zwei Fällen nahm die Geschwulst an Grösse zu und wurde weicher, in den übrigen blieb die Behandlung ohne jeden Erfolg. Bei 32 Mäusen mit kolloidalem Kupfer gespritzt wurde zweimal Verschwinden, viermal Kleinerwerden, 16mal Unverändertbleiben und zehnmal Grösserwerden der Tumoren beobachtet. In neun anderen Fällen wurde mit einer Kombination von kolloidalem Kupfer mit basischem Fuchsin gespritzt, ohne jeden Erfolg auf die Tumoren.)

124. Gellhorn, G., The extended vaginal operation for cancer of the cervix uteri. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 16. Heft 3. March. p. 284—290. Ref. The Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 68. Nr. 427. July. p. 148. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 23. Nr. 6. p. 409. (Es ist auch bei der erweiterten vaginalen Operationsmethode eine ausgedehnte Entfernung des parametranen Gewebes möglich, und da der Drüsenentfernung für die Verbesserung der Dauerresultate nur ein geringer Wert zuzuschreiben ist, muss die vaginale Operation ihren Platz neben

der abdominalen behaupten. Bei alten, fettreichen, kachektischen oder herzkranken Patienten ist die vaginale Operation vorzuziehen. Bei beginnenden Karzinomen sind beide Verfahren gleichwertig, und zwar ist dann bei Plattenepithelkarzinomen der vaginale, bei Adenokarzinomen der abdominale Weg zu wählen. Bei weiter vorgeschrittenen Fällen ist stets dem Versuch mit abdominaler Operation der Vorzug zu geben.)

125. Gibson, M. J., Cancer of the uterus and the ovaries after carcinoma of the breast. Sect. of Obst. of the Royal Acad. of Med. in Ireland. Meeting on Nov. 7. Ref. The Lancet. Nr. 4712. Dec. 20. p. 1771.

126. Gilford, H., On the nature of old age and of cancer. The Brit. med. Journ. Nr. 2765. Dec. 27. p. 1617—1620. (Nicht gynäkologisch. Die Krebszellen sind vorzeitig gealterte Körperzellen, welche bei ihrer Degeneration sich wieder ihrem früheren embryonalen Zustand nähern.)

127. Giordano, M., Karzinom und Fieber. Tumori. Bd. 3. Heft 1. (Verf. nimmt ein karzinomatöses Fieber an. Als Ursache gelten die Resorption der durch regressive Metamorphose der Karzinomzellen gebildete Produkte, die parenterale Verdauung der Eiweisskörper, die sekundäre Anämie, Mischinfektion, gesteigerte Virulenz der Darmbakterien, die spezifischen Karzinomerreger, die teils durch die Bildung von Antigen, teils durch die Anregung von Phagozytose Fieber hervorrufen sollen. Indessen ist keine dieser Erklärungen des karzinomatösen Fiebers stichhaltig, und es lässt sich nachweisen, dass das ein Karzinom begleitende Fieber einen besonderen Typus aufweist und dass das Fieber abhängig ist von den verschiedenen Stadien und Formen des Karzinoms.)

128. Gminder, Demonstration zweier Cervixkarzinome; erweiterte Operation nach Wertheim; glatte Heilung. Ärztl. Ver. zu Essen-Ruhr. Sitzg. vom 3 Dez. 1912. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 7. p. 329. (Bei dem einen Falle nach sieben Wochen Fadeneinwanderung in die Blase (Seide!). Kystoskopie: kirschgrosser Stein. Wurde spontan mitsamt dem Faden ausgestossen.)

129. Goinard, E., Récidive lente d'un cancer utérin. Réunion obst. et gyn. d'Alger. Séance du 12 Avril. Ref. Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. 2 Année. Nr. 5. p. 452 bis 453. (Mit 57 Jahren abdominale Totalexstirpation wegen Blumenkohl der Portio, die aber wegen dem schlechten Zustand der Patientin nicht total war. Jetzt nach 38 Monaten ist Patientin trotzdem ganz wohl und hat nur ein kleines lokales Rezidiv in der Narbe. Vortragender empfiehlt deshalb, wenn nicht anders möglich, auch die Palliativoperation.)

130. Goormachtich, Huidige proefondervindelijke en klinische gegevens over vaccinatie tegen kanker. Geneesk. Tijdschr. v. Belgie. Bd. 4. Nr. 24. (Holländisch.)

131. Gordon, W., Further experience of the cardiac sign in cancer. The Brit. med. Journ. Nr. 2735. May 31. p. 1152—1154. (Nicht speziell gynäkologisch. Verkleinerung der Herzdämpfung und Rückenlage und besonders grosse Differenz beim Liegen und Stehen; nicht erklärt durch Abmagerung.)

132. Gould, A. P., The treatment of inoperable cancer. The Lancet. Jan. 25. Nr. 4665. p. 215—219. (Befasst sich mit inoperablen Karzinomen im allgemeinen, nur nebenbei mit Genitalkarzinomen. Die klinische Behandlung wird befürwortet. Verf. will die Patientin mit der Art ihres Leidens bekanntmachen. Psychische Behandlung, Gebrauch von Sedativa, Diät, Palliativoperationen, Röntgen- und Radiumbestrahlung kommen der Reihe nach zur Besprechung. Krankengeschichten von sechs (nichtgynäkologischen) mit Radium behandelten Fällen.)

133. Grafe, E., Das Verhalten vom Gesamtstoffwechsel und Eiweissumsatz bei Karzinomatösen. Naturhist.-med. Verein zu Heidelberg. Sitzg. vom 16. Dez. Ref. Berl. klin. Wochenschr. 1914. Nr. 6. p. 286. Münchn. med. Wochenschr. 1914. Nr. 7. p. 388. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 10. p. 518. (Die Untersuchungen an 36 Karzinomatösen ohne Fieber und Ödeme, aber mit ausgesprochener Kachexie zeigen trotz fehlendem Fieber doch sehr weitgehende Analogien zum Fieberstoffwechsel, indem auch beim Karzinom der Eiweissstoffwechsel in den untersuchten Fällen keine eigenen Wege einschlägt, sondern sich im Rahmen der Gesamtwärmeproduktion hält. Die Lehre vom toxogenen Eiweisszerfall im Karzinom konnte somit erweitert werden zu der Auffassung einer den gesamten Stoffwechsel einschliesslich des Eiweisses treffenden Schädigung des Organismus durch das Karzinom.)

134. Graff, E. v., Demonstration eines karzinomatösen Uteruspolypen. Geb.-gyn. Ges. in Wien. Sitzg. vom 14. Jan. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 32. p. 1196. (Die klinischen Symptome hatten einen Abortus febrilis vorgetäuscht. Die Abtastung des Uterus ergab ein der Korpuswand links hinten breit aufsitzendes, submuköses Myom von Eigrösse. Enukleation des Myoms nach Spaltung der vorderen Cervixwand. Mikroskopisch konnte die sichere Diagnose eines im Myom entwickelten, primären, drüsigen Karzinoms gestellt werden. Vaginale Uterusexstirpation. Der Uterus war sonst frei von Karzinom. — Diskussion: Fleischmann hat in 1912 einen Uterus mit Myomknollen und Adenokarzinomherde in der Schleimhaut demonstriert.)

135. — Die Serodiagnose maligner Tumoren Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb, sowie deren Grenzgeb. Bd. 3. Heft 13. p. 561—570. (Zusammenfassende Übersicht der Literatur von September 1910 bis Ende Juni 1913, besonders von dem Gesichtspunkt aus, inwieweit von den verschiedenen diagnostischen Methoden die beiden Hauptpostulate einer brauchbaren Reaktion: 1. möglichst hoher Prozentsatz positiver Ausschläge bei Tumorkranken, und 2. negativer Ausfall der Reaktion bei Gesunden und Anderskranken erreicht worden sind. Verf. kommt zum Resultat, dass bisher keine einzige Reaktion diesen Kardinalforderungen in vollkommener Weise genügt. Jedoch scheint nach alledem, was wir von der Theorie und der Praxis der ihr zugrundeliegenden zellspezifischen, chemisch biologischen Vorgänge wissen, die Fermentreaktion nach Abderhalden prädestiniert zu einer restlos befriedigenden Lösung der Frage zu führen. Die Meiostagminreaktion stellt an Empfindlichkeit und Einfachheit der technischen Durchführung alle anderen Reaktionen in den Schatten.)

136. — und E. Ranzi, Zur Frage der Immunisierung gegen maligne Tumoren. Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 25. Heft 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 25. p. 951. (In der Mehrzahl der Fälle besteht eine Immunität gegen die Reinjektion eines Tumors unmittelbar nach der Exstirpation desselben nicht.)

137. Greife, H., Korpuskarzinom. Petersb. med. Zeitschr. Jahrg. 38. Nr. 15. p. 175—176. (Ausser Blutungen als einziges Symptom periodische Schmerzen im Unterleib, in die Beine ausstrahlend. Verf. weist auf die grosse praktische Bedeutung dieses zuerst von Simpson beschriebenen, jüngst von Sneguireff der Vergessenheit entrissenen Symptoms hin. Es soll für Korpuskarzinom, aber auch sonstige fremdartige Einschlüsse in der Uterushöhle sprechen und durch zu bestimmten Zeiten auftretende Sekretentleerung veranlasst sein.)

138. Grimsdale, T. B., Carcinoma of the uterus: ovaries removed three years previously from the same patient. North of Engl. Obst. and Gyn. Soc. Meeting at Liverpool. Febr. 21. Ref. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 23. Nr. 4. p. 257. (Kasuistisch. Es bestand nach der Entfernung der Ovarialtumoren bei der mikroskopischen Untersuchung derselben keine Sicherheit, nur der Verdacht, dass es sich um Adenokarzinom handelte. Der Beweis ist nicht zu erbringen, dass der Uterustumor die primäre Erkrankung war. In der Diskussion hält E. O. Croft dies an wahrscheinlichsten und würde bei malignen Ovarialtumoren immer prinzipiell den Uterus mit entfernen.)

139. Grünbaum, D., Demonstration eines riesigen Portiokarzinoms. Nürnb. med. Ges. u. Poliklin. Sitzg. vom 13. Febr. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 14. p. 657. (Operation nach Wertheim. Die hintere Blasenwand wurde zum Teil mitentfernt wegen Verdachts karzinomatöser Erkrankung. Eine sekundär entstandene Blasenscheidenfistel wird durch eine neuerliche Operation zum Verschluss gebracht.)

140. — Demonstration eines ungeheuer grossen blumenkohlartigen Cervixkarzinoms. Nürnb. med. Ges. u. Poliklinik. Sitzg. vom 13. Nov. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 52. p. 2430.

141. Guenot, Et., Cancer et hérédité. Gaz. d. hôpit. Nr. 106. p. 1658—1660. (An der Hand eines Stammbaumes zeigt Verf. die Möglichkeit der Erblichkeit des Krebses. Alkoholismus begünstigt das Auftreten der Erkrankung; die Vererbung mütterlicherseits ist ungünstiger, im Sinne eines schlechteren Verlaufs der Krankheit. Die Vererbung nimmt ab mit der Zahl der Generationen und verschwindet schliesslich ganz. Nichtgynäkologisch.)

142. Gutfeld, F. v., Die regionären Lymphdrüsen bei Carcinoma uteri mit besonderer Berücksichtigung der epithelialen Einschlüsse. Diss. Berlin. Febr. (Berlin, E. Ebering.) (Von 150 untersuchten Drüsen waren 43 karzinomatös (28,7 %); Epitheleinschlüsse zeigten 8 = 5,3 %, tuberkulös war 1 = 0,7 %. Ein Fall mit Epitheleinschlüssen und

Tuberkulose wird genau beschrieben. Diese Gebilde entstehen durch irgendeinen Reiz im Quellgebiet der betreffenden Drüse.)

143. Habuto, E., Ureter- und Blasenverletzungen bei Uteruskarzinomoperationen. Diss. München. Juni.

144. Hall, R. B., Cancer of the uterus. Some points to be emphasized in the early diagnosis. The Journ. of the Amer. med. Assoc. Vol. 61. Nr. 14. Oct. 4. p. 1264—1266. Ref. Wiener klin. Wochenschr. 1914. Nr. 3. p. 60. (Wichtigkeit der Beobachtung der Patientin im karzinomgefährlichen Alter. Pflichten des Hausarztes. Frühsymptome des Uteruskarzinoms. Differentialdiagnose.)

145. Halpern, J., Serodiagnostik der Geschwülste mittelst Komplementablenkungsreaktion. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 17. p. 914—915. (Von 79 sicheren Karzinomfällen reagierten auf die v. Dungernsche Probe 71 = 89,8% positiv. Die Sera von 56 nicht tumorkranken Patienten reagierten 52 mal = 92,8% negativ. Nach diesen Ergebnissen hat die v. Dungernsche Tumorreaktion eine immerhin wesentliche diagnostische Bedeutung.)

146. — Über neuere Methoden der serologischen Geschwulstdiagnostik. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 27. Heft 2. (Die Fermentreaktion von Neubauer und Fischer erwies sich nicht als zuverlässig für die Geschwulstdiagnose. Die Kellingsche Reaktion (Hühnerbluthämolyse) ist nicht spezifisch für maligne Tumoren. Die Freund-Kaminersche Reaktion zeigte 14 von 20 Karzinomen richtig an, die Meiostagminreaktion von Ascoli war in 39 von 46 Karzinomfällen positiv; in 23 von 25 anderen Fällen war sie negativ, die zwei positiven waren sekundäre Lues und Tetanus. Die Komplementbindungsreaktion in der Form v. Dungerns zeigte 71 von 79 Karzinomen an, das Dialysierverfahren Abderhaldens war weniger zuverlässig: von 102 sicheren Karzinomfällen bauten 30 Sera Karzinomgewebe ab, fünf von 19 Sarkomfällen bauten Sarkomgewebe ab. In einigen Fällen griff Karzinomserum Sarkomgewebe an und umgekehrt.)

147. Hansemann, D. v., Demonstration von Präparaten des Herrn Fibiger zur künstlichen Erzeugung von Krebs (Disk. Fibiger, Lewin). Berl. med. Ges. Sitzg. vom 7. Mai. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 21. p. 988—989.

148. — Über präkanzeröse Krankheiten. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 74. Heft 1. p. 149. Ref. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 50. p. 2088. (Die Krebsentwickelung ist die Resultante aus dem äusseren Reiz und der Disposition, wobei beide Begriffe sich in zahlreiche Einzelbedingungen auflösen lassen. Die Disposition kann eine rein lokale sein. Das Karzinom kann sich aus normalem Gewebe nicht entwickeln; dasselbe muss vorher eine pathologische Umwandlung erlitten haben. Eine allgemeine, für alle Krebse gültige Ätiologie gibt es nicht. Doch gehören die meisten präkanzerösen Erkrankungen in das Gebiet der chronischen Entzündungen, welche zu hyperplastischen Zuständen und weiterhin zu atypischen Epithelwucherungen führen. Auch aus anderen hyperplastischen Zuständen, wie Polypen, Adenome usw., aus Narben nach Brandwunden, können sich Karzinome entwickeln. Auch durch parasitäre Erkrankungen und Verunreinigungen und Intoxikationen können Karzinome entstehen.)

149. Hansen, P. N., Über die im Uterusstumpfe nach der supravaginalen Amputation sich entwickelnden malignen Geschwülste. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 17. p. 610—613. (Siehe untre „Myom", Nr. 65.)

150. Hara, K., Serodiagnostik der malignen Geschwülste. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 52. p. 2559—2560. (Es wurden mit der Komplementbindungsreaktion nach v. Dungern bisher 254 Fälle geprüft. Unter den 37 sicher malignen Geschwülsten waren 31 Reaktionen positiv, sechs negativ. Von den Sera 217 anderer Erkrankungen waren nur fünf positiv, und zwar drei Fälle mit positiver Wassermannscher Reaktion. Im ganzen Material waren 66 Wassermann-Reaktionen positiv, von denen also 63 negativ reagierten. Mit der Meiostagminreaktion wurden bisher 155 Fälle untersucht. Unter den 12 sicheren Karzinomfällen reagierten neun positiv (11 mit Komplementbindung). Von 137 Sera anderer Erkrankungen gaben nur vier positives Resultat. Beide Reaktionen sind also für die Serodiagnostik der malignen Geschwülste durchaus brauchbar, wenn auch nicht absolut spezifisch. — Technik.)

151. Hartmann, H., Données fournies par l'examen cystoscopique dans le cancer du col de l'utérus. Paris méd. Nr. 22. p. 523—525. (Greift in der Hauptsache zurück auf die Arbeit seines Schülers Cruet (cf. Nr. 77) und gibt auch sechs von dessen pathologischen Blasenbilder wieder.)

152. Hartwell, J. A., The general principles of the surgical treatment of cancer. Med. Soc. of the county of New York. Meeting of March 24. Ref. The Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 68. Nr. 427. July. p. 125—129. (Nicht speziell gynäkologisch.)
153. Hauser, H., Multiple primäre Karzinome des weiblichen Genitalapparates. Arch. f. Gyn. Bd. 99. Heft 2. p. 339—363. (1. Solides Medullarkarzinom des linken Ovariums und typisches Adenokarzinom des Corpus uteri. 2. In ein und demselben Uterus ein typisches, wahrscheinlich vom Epithel der Portio ausgehendes Plattenepithelkarzinom und ein ebenso typisches Zylinderepithelkarzinom. Verf. bespricht ausführlich die Anforderungen, denen die Geschwülste zur Sicherstellung des multiplen primären Ausganges entsprechen müssen. Die als Adenokankroide des Uterus beschriebenen Tumoren sind höchstwahrscheinlich mit wenigen Ausnahmen als unizentrische Karzinome aufzufassen; die Epithelmetaplasie tritt hierbei allermeist sekundär im bereits ausgebildeten Tumor auf. In multizentrischen Karzinomen pflegt jedes einzelne Karzinom herdweise für sich zu wachsen. — Sieben Textfiguren.)
154. Hedinger, E., Carcinoma sarcomatodes corporis uteri bei einer 57jährigen Frau. Med. Ges. in Basel. Sitzg. vom 23. Jan. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 10. p. 488. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 8. p. 377. (Das Präparat ist deswegen besonders interessant, weil der Uterus längere Zeit hindurch intensiv mit Röntgenstrahlen behandelt wurde, da die Frau vor zwei Jahren ein faustgrosses Uterusmyom aufwies. Jetzt findet man im Corpus uteri einen 2—3 cm messenden, teilweise exulzerierten Knoten, der mikroskopisch teils ein Rund-Spindelzellensarkom, teils einen Zylinderzellenkrebs darstellte. Myomatöses Gewebe konnte nicht mehr nachgewiesen werden. Die Blutgefässe zeigten teilweise die von R. Meyer beschriebenen Veränderungen nach Behandlung des Uterus mit Röntgenstrahlen. Man wird in dem vorliegenden Falle doch mit einem gewissen Rechte an einen kausalen Zusammenhang zwischen Röntgentherapie und dem Uterustumor denken können.)
155. Henkel, M., Abdominale Totalexstirpation eines sehr weit vorgeschrittenen Cervixkarzinoms mit Implantation des Ureters in die Blase (Ischiassymptome). Naturwiss.-med. Ges. zu Jena. Sitzg. vom 30. Jan. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 11. p. 613. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 8. p. 375. (Patientin war längere Zeit wegen Ischiasschmerzen in ärztlicher Behandlung gewesen. Zur Stillung der Blutung bei der Beckenausräumung wandte Henkel in diesem wie in anderen Fällen mit günstigem Erfolge Tampons an, die mit artfremdem Serum getränkt waren.)
156. Herzfeld, A., Zur Frage der modernen Krebsheilmittel. New-Yorker med. Monatsschr. 1912. Bd. 23. Nr. 6. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 12. p. 442. (Die Zellersche Ätzpaste kann nur lokal auf leicht zugängliche Krebswucherungen einwirken, auf die Radium, Röntgenstrahlen, Fulguration und das Ätzen mit Säuren oder Alkalien zweifellos ebensogut und oft noch viel besser wirken. Die gleichzeitige Medikation von Kieselsäure ist höchstwahrscheinlich ganz wirkungslos. Zur Selenbehandlung ist zu sagen, dass nachgewiesenermassen alle Kolloidalverbindungen der Schwermetalle Platin, Gold, Silber, Blei, Rubidium, Iridium usw. dieselbe elektive Wirkung auf die Mäusekrebszellen entfalten, wie das Selen. Wirkliche positive Erfolge beim Menschen wurden jedoch mit diesen Behandlungsmethoden bis jetzt nicht erzielt. Daher muss auch die heutige Krebsbehandlung in frühzeitiger Diagnose und zeitigem chirurgischen Eingriff bestehen.)
157. Herzfeld, B., Ein Beitrag zur Statistik des Carcinoma uteri. Petersb. med. Zeitschr. Nr. 14. p. 167—169. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 40. p. 1497. (Verf. teilt statistische Daten aus dem Material der gynäkologischen Abteilung des Rigaschen Stadtkrankenhauses vor und nach dem Beginn des organisierten Kampfes gegen den Uteruskrebs nach dem Vorgange Winters mit (1909). Die Zahlen zeigen einen deutlichen Fortschritt der Operabilität. Bis zum Jahre 1909 aus dem Krankenmaterial der Ambulanz: 37,2% operabel, 62,8% inoperabel; aus demjenigen der Station 38,6 resp. 61,4%. Nach dem Jahre 1909: Ambulanz 47,3 resp. 52,7%; Station: 47,4 resp. 52,6%.
158. Hess, K., Heilung eines Falles von Carcinoma uteri nach Probeauskratzung. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 22. p. 1038—1039. Ref. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 27. p. 1130—1131. The Brit. med. Journ. Nr. 2750. Sept. 13. Ep. of curr. litt. p. 30. La sem. méd. Nr. 39. p. 462. (Kasuistisch. Verf. schliesst eine Betrachtung an, ob es sich möglich nur um ein Latenzstadium handelt, oder ob der Krebs als geheilt gelten darf. Er schliesst die Möglichkeit einer Spontanheilung nicht aus. — In einem Zusatz zu vorstehendem Bericht hält v. Hansemann die Spontanheilung der Karzinome

für unmöglich und alle derartigen Mitteilungen in der Literatur beruhen auf Irrtümern. In Hess' Fall ist aber wahrscheinlich alles Krankhafte durch die Curettage entfernt worden und der Fall wirklich als geheilt anzusehen. Ruge soll ein gleicher Fall vorgekommen sein (cf. Prym, Nr. 277).

159. Hey, C., Beitrag zur Frage der Dauerheilung des Kollumkarzinoms durch die Operation. Diss. Würzburg. Jan.

160. Hift, R., Über allergieähnliche Erscheinungen an der Haut nach Einverleibung von kolloidalen Metallen. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 30. p. 1234. (Während eine erste Injektion von Elektrargol, mag sie intramuskulär, subkutan oder intrakutan erfolgen, niemals Hautreaktionen erzeugt, treten nach einer Reinjektion auch minimaler Mengen in die Haut, wenn diese nur nach einem ganz bestimmten Minimalintervalle erfolgt, typische Hauterscheinungen auf. Allgemeinerscheinungen waren durch Reinjektionen nach dem Minimalintervalle nur ausnahmsweise und unter bestimmten Bedingungen zu erzielen.)

161. Hirschberg, O., Über Operationen mit elektrischem Lichtbogen und Elektrokaustik bei malignen Geschwülsten. Diss. Heidelberg. März.

162. Hoffman, F. L., The menace of cancer. Amer. gyn. Soc. Meeting at Washington. May 6—8. Ref. The Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 68. Whole. Nr. 427. July. p. 88—91. Med. Record. Vol. 84. Nr. 5. p. 220. (Statistische Angaben über das Vorkommen und die Sterblichkeit an Karzinom in Amerika. Nicht speziell gynäkologisch. Vorschläge, in 10 Thesen, zu einer organisierten Karzinomforschung.)

163. Holzbach, E., Die Zellersche Krebsbehandlung. Mittelrhein. Ges. f. Geb. u. Gyn. Sitzg. vom 16. Febr. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Erg.-Heft. p. 402. (Resultate schlecht. Von fünf Fällen hat eine Patientin wegen heftigen Schmerzen die weitere Behandlung strikte abgelehnt, zwei sind gestorben und zwei sind in desolatem Zustande wie vorher.)

164. Ill, E. J., Cancer of the uterus and fibroid tumors from a clinical standpoint. The Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 68. Nr. 431. Nov. p. 922 bis 924. (Cf. „Myome", Nr. 76.)

165. Jaboulay, Krebs der Kollum- und Korpusschleimhaut des Uterus. Metastase am Nabel. Lyon méd. 1912. Nr. 38. (Weg der Metastase nicht klar zu erkennen.)

165a. — Origine et nature du cancer. Belgique méd. Année 20. p. 66—68 u. 79—81. (Verf. kommt auf Grund von vergleichend-pathologischen Betrachtungen zum Schlusse, dass der Krebs eine Myxosarkosporidieninfektion ist.)

166. Jacobs, Ch., Fibrome utérin interstitiel et cancer du col. Bull. de la Soc. belge de gyn. Tome 24. Nr. 3. p. 277. (Cf. „Myome", Nr. 78.)

167. Jeremitsch, A., Pyraloxin (Ac. pyrogallicum oxydatum) und seine Wirkung auf Krebskranke. Wratsch. Gaz. Nr. 3, 4. (Jeremitsch hat das von v. Stein vorgeschlagene Pyraloxin in 24 Karzinomfällen geprüft. Er kommt zu folgenden Schlüssen: Die Anwendung des Pyraloxin an Krebskranken und seine spezifische Wirkung ist wissenschaftlich nicht begründet. In keinem der Fälle konnte weder lokale Besserung noch Übung des Allgemeinzustandes konstatiert werden.) (H. Jentter.)

168. — Die Anwendung des Elektroselen (kolloidales Selen) in der Behandlung bösartiger Neubildungen. Wratsch. Gaz. Nr. 44, 45. (Jeremitsch hat 16 Krebskranke mit Elektroselen behandelt. Es wurden 5 ccm der Lösung (= 0,001 Selen) subkutan, intramuskulär und intravenös alle 2—3 Tage injiziert. In keinem Falle trat Besserung ein, die meisten kamen ad exitum. Schlusssätze: Eine spezifische Wirkung des kolloidalen Selens auf bösartige Tumoren kann nicht erwiesen werden. Da das Elektroselen die Begleiterscheinungen in keiner Weise beeinflusst, so kann es auch nicht als symptomatisches Mittel angesehen werden. Die Behandlung mit Elektroselen ist nicht indifferent (Temperatursteigerung, Kopfschmerz, Erbrechen, Schwäche) und ist deshalb in schweren Fällen kontraindiziert. Da es die Bildung von Rezidiven nicht verhindert, so kann es auch nicht als Hilfsmittel bei der chirurgischen Behandlung angewandt werden. Die optimistischen Äusserungen über die günstige Wirkung irgend eines Mittels auf Krebs führen zu schädlicher Sensation und diskreditieren die medizinische Wissenschaft in den Augen der Bevölkerung.) (H. Jentter.)

169. Jonas, W., Beiträge zur klinischen Verwertbarkeit der Abderhaldenschen Schwangerschaftsreaktion (Dialysierverfahren). Deutsche med. Wochenschr. Nr. 23. p. 1099 bis 1100. (Verf. untersuchte auch zweimal die Wirkung von Karzinomsera auf Pla-

zenta. Beide Male war die Reaktion negativ. Bei der Einwirkung von Schwangerenserum auf Karzinomgewebe (vom Uteruskarzinom) war dreimal deutlich positive Reaktion feststellbar (die Reaktion wurde mehrfach angesetzt, das Karzinomgewebe war absolut frei von dialysablen Stoffen, Fehler sind ausgeschlossen). Von sieben Karzinomsera bauten fünf das Tumorgewebe ab. Von den beiden negativ reagierenden Fällen betraf das eine ein inoperables Uteruskarzinom, das weit auf die Scheide übergegriffen hatte, das andere ein Korpuskarzinom, mit Metastasen in der Vagina. Plazentareiweiss wurde in keinem dieser Fälle angegriffen.)

170. Jones, A. T., Results three years after hysterectomy in case of sarcoma and carcinoma of the same uterus. Amer. Assoc. of Obst. and Gyn. Meeting at Providence. Rhode Island. Sept. 16—18. Ref. The Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 68. Nr. 431. Nov. p. 906—910. (Cf. Jahrg. 25 dieses Jahresberichts, „Karzinome", Nr. 71. Patientin ist bis jetzt rezidivfrei.)

171. Jourdan, M. G., Die Behandlung des Krebses mit Elektroselenium. La Presse méd. 1912. Ref. Therap. Monatsh. Heft 3. März. p. 229. (Bei drei krebskranken Patienten wurden jeden zweiten Tag 5 ccm Elektroselenium intramuskulär injiziert. Der Erfolg war nach sechs Injektionen vollkommen negativ.)

172. Kafemann, R. S., Die nichtoperative Behandlung des Krebses nach den Grundsätzen des Heidelberger Samariterhauses. Med. Klinik. Nr. 5. p. 161—166. Ref. La Presse méd. Nr. 32. p. 320. (Erfolge aller nichtoperativen Methoden stehen vorläufig noch gegen die der Behandlung mit dem Messer zurück. Dieselben sollen nur dort angewandt werden, wo die Operation nicht möglich ist.)

173. Kamata, Y., Ein Fall von Uterusmyom, kombiniert mit Karzinom der Cervix. The Sei i Kivai Med. Journ. 1912. Bd. 31. Nr. 9.

174. Kawasoye, M., Ein Fall von Ureterverschluss durch Knotenbildung. Zeitschr. f. gyn. Urol. Bd. 4. Heft 4. p. 159—169. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 41. p. 2010. (Hydronephrose durch Unterbindung eines Ureters bei einer schwierigen abdominalen Uterusexstirpation wegen vorgeschrittenem Portiokarzinom. Verf. glaubt nicht, dass in der Niere nach der Ureterunterbindung eine unmittelbare Atrophie ohne vorherige Hydronephrose entstehen kann.)

175. Kessler, E. G., Statistischer Beitrag zur Karzinomforschung. New-Yorker med. Monatsschr. 1912. Bd. 23. Nr. 5. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 12. p. 442. (Verf. stellt in einer Tabelle die Urinbefunde von 61 Karzinomfällen zusammen und kommt zu dem Schluss, dass eine Erniedrigung des spezifischen Gewichtes des Urins, relativ normaler Gehalt an Chlor und Verminderung der präformierten Schwefelsäure charakteristisch ist für den Stoffwechsel bei Karzinom und daher auch bei der Frühdiagnose verwertet werden kann.)

176. Keysser, Fr., Die Methoden der operationslosen Geschwulstbehandlung. Naturwissensch.-med. Ges. zu Jena. Sitzg. vom 27. Nov. Ref. Münchn. med. Wochenschr. 1914. Nr. 6. p. 333—335. Deutsche med. Wochenschr. 1914. Nr. 8. p. 414. (Es gelingt bei Mäusen durch Injektion dünner Emulsionen von Mäusetumoren in Organen infiltrierend wachsende Tumoren zu erzielen, die bezüglich des infiltrativen Wachstums den menschlichen Tumoren als gleichwertig anzusehen sind. Sie bieten die Grundlage zur Auswertung der verschiedenen operationslosen Behandlungsmethoden der Tumoren. Gelingt es nicht, derartig infiltrierend wachsende Organtumoren bei Mäusen therapeutisch zu beeinflussen, so besteht wenig Aussicht, dass ein solches Mittel bei der Anwendung in der menschlichen Therapie Erfolge zeitigt. In dieser Hinsicht werden sämtliche operationslosen Behandlungsmethoden (die Chemotherapie, die biologischen Methoden, die physikalischen Behandlungsmethoden) an Hand eigener Erfahrung besprochen. Bisher vermochte keine dieser Methoden die Operation zu verdrängen, doch bieten bei richtiger Anwendung die aktive Immunisierungsmethode sowohl, wie die Strahlenbehandlung Hilfsmittel, die voraussichtlich in der Lage sein werden, die chirurgischen Résultate zu verbessern. Diskussion: Henkel, Das Mäusekarzinom ist dem Menschenkrebs nicht analog; die Selenbehandlung Wassermanns, bei der Maus sicheren Erfolg versprechend, hat beim Menschen vollkommen versagt. Betreffs der Bestrahlung des Karzinoms nimmt Henkel einen mehr optimistischen Standpunkt als Keysser ein: er hält es nicht für unmöglich, dass bei der Rückbildung des primären Karzinoms durch die Strahlenenergie Stoffe gebildet werden, welche bei ihrem Transport durch den Körper auch die Entwickelung der Metastasen hemmend beeinflussen können. „Milligrammstunden" sind kein Vergleichsobjekt. — Rössle

bestreitet das infiltrative Wachstum der vorgelegten Mäusetumorpräparate. Er demonstriert weiter zwei mit Mesothorium bestrahlte maligne Geschwülste — nicht gynäkologische Fälle — bei denen die Wirkung nur eine sehr oberflächliche war und von einem Heilungsvorgang nicht die Rede ist. — Stock hat Grund zu bezweifeln, ob in einem Falle das Autolysat sicher vom Karzinom „Virus" steril gemacht worden ist. — Keysser Erwiderung.)

178. King, A. F. A., Uterine carcinoma. Amer. gyn. Assoc. Meeting at Washington. May 6—8. Ref. The Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 68. Whole Nr. 427. July. p. 88. Med. Record. Vol. 84. Nr. 5. p. 220. (Vortragender hat eine neue Hypothese über die Entstehung des Cervixkarzinoms. Dazu sind nötig: 1. Zellwucherung durch chronischen Reiz und 2. der befruchtende Einfluss des Spermas, also sozusagen eine „spermatogene Infektion". Besonders im Klimakterium ist deshalb der geschlechtliche Verkehr bedenklich. Eheverbot nach der Menopause.)

179. — Uterine carcinoma: another hypothesis as to its cause and prevention. Surg., Gyn. and Obst. Tome 17. Nr. 3. Sept. p. 328—334. (Zellwucherung durch Reizung und dem befruchtenden Einfluss der Spermatozoen!)

180. Klemperer, G., Diskussion zu Bumm: Mesothoriumbehandlung des Uteruskarzinoms. Berl. med. Ges. Sitzg. vom 28. Mai. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 23. p. 1085. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 24. p. 1177. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 22. p. 1235. La sem. méd. Nr. 23. p. 274. (Vortragender hat mit Lewin, analog den Tierversuchen von Neuberg und Caspary, durch intravenöse Injektion von gewissen komplexen Goldverbindungen — Auronatriumchlorid und Auronatriumzyanid — in Mäusekarzinomen Blutungen und Erweichungen und Rückbildungsprozesse hervorgerufen. Bei inneren Krebserkrankungen am Menschen hat er damit aber keine wesentlichen Wirkungen damit erzielt. Dagegen hat sich herausgestellt, dass in den inneren Organen der damit behandelten Menschen sehr ausgebreitete Kapillarnekrosen zu finden waren. Man soll also mit der Anwendung dieser Metallverbindungen beim Menschen ganz besonders vorsichtig sein. Die Tumoraffinität dieser Verbindungen beruht wahrscheinlich gerade auf ihrer Eigenschaft als Kapillargift — Heubner — und die verschiedenartige Vaskularisation der tierischen und menschlichen Tumoren ist nach dieser Auffassung die Ursache davon, dass die im Tierexperiment so wirksamen Metallverbindungen beim Menschen so ganz versagen.)

181. — und S. Meidner, Die Behandlung der inoperablen bösartigen Geschwülste. Deutsche Klinik am Eingange d. XX. Jahrh. Bd. 14 (III. Ergänzungsbd.). p. 41—80.

182. Klotz, R., Die Beeinflussung des inoperablen Uteruskarzinoms mit Strahlen- und intravenöser Chemotherapie. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 31. p. 1704—1705. (Siehe unter „Strahlentherapie der Karzinome", a) Röntgenstrahlen.)

183. v. Knorre, G., Bericht über die Arbeiten der Kommission zur Bekämpfung des Uteruskarzinoms. St. Petersb. med. Zeitschr. Bd. 38. Nr. 3. p. 30—34.

184. Köhler, R., und A. Luger, Die Meiostagminreaktion bei Karzinomatösen. Ges. d. Ärzte in Wien. Sitzg. vom 17. Jan. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 21. p. 1024. (100% negative Reaktionen bei Nichtkarzinomatösen, 80% positive Ausfälle bei Karzinomkranken. Sera Gravider reagieren häufig positiv, so dass die Reaktion hier stets mit Vorsicht zu bewerten ist. Als Reagens kam ein Lezithinazetonextrakt zur Verwendung, der sich als sehr wirksam und haltbar erwies. Bei Gegenwart des Gemisches Extrakt + Tumorserum geht die Saponinhämolyse vor sich als bei Gegenwart von Extrakt + Nichttumorserum.)

185. Kolb, K., Der Einfluss von Boden und Haus auf die Häufigkeit des Krebses, nach Detailuntersuchungen in Bayern. München, J. F. Lehmann. (150 Seiten; mit 9 Kartenskizzen; Preis Mk. 4.—.)

186. Konikow, A., Über den Einfluss bösartiger Geschwülste auf Reaktion und Alkaleszenz des Blutes. Russki Wratsch. Nr. 25. (Bei Krebs- resp. Sarkomtumoren sinkt die Alkaleszenz des Blutes bedeutend. Bei Aktinomykose wird eine derartige Wirkung nicht beobachtet. Der Grad der Alkaleszenzverringerung hängt vom Allgemeinzustand der Patientin ab; je herabgekommener die Kranke, desto mehr fällt die Alkaleszenz.) (H. Jentter.)

187. — Zum Gehalt kolloidalen Stickstoffs im Harn Krebskranker. Russki Wratsch. Nr. 26. (Der durchschnittliche Koeffizient nach Salkowsky beträgt nach Versuchen des Verf. für Gesunde 1,68, für Krebskranke 2,47. Bei Karzinom also ist der Gehalt kolloidalen Stickstoffs im Harn höher. Der diagnostische Wert des Salkowsky-

schen Koeffizienten ist gering und die Diagnose kann in der Mehrzahl der Fälle auf Grund des Koeffizienten nicht gestellt werden.) (H. Jentter.)

188. Kouinne, Résultats éloignés du traitement du cancer de l'utérus à la clinique gynécologique de Genève. Publications de Beuttner. Vol. 5. p. 437.

189. Krause, Über ein neues Mittel zur Bekämpfung der Krebskrankheit. Allgem. med. Zentral-Ztg. p. 39. (Es heisst Diablastin, besteht „aus verschiedenen Verbindungen. u. a. ameisensaurer Salze in Kombination mit dem Fluidextrakt einer Papaveracee" und wird vom Verf. selbst hergestellt.)

190. Krebsforschung, Dritte Internationale Konferenz für —, in Brüssel, vom 1.—5. Aug. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 34. p. 1907—1909. Strahlentherapie. Bd. 3. p. 451.

191. Kriwsky, L. A., Zur abdominalen Radikaloperation bei Gebärmutterkrebs. Journ. akusch. i shensk. bol. Jg. 28. Jan. p. 55—62. (Kriwsky berichtet über 50 Operationen nach Wertheim. In 49 Fällen handelte es sich um Krebs des Scheidenteils und Cervikalkanals, einmal um Körperkrebs. Die grösste Mehrzahl waren vorgeschrittene Fälle mit grossen Zerstörungen, Kraterbildung, Infiltration des Zellgewebes. Fünfmal erwies sich der Fall nach Öffnung der Bauchhöhle als inoperabel. Vor der Operation pflegt Verf. die Scheide zu reinigen, die Krebsmassen zu curettieren, paquelinisieren und mit Jodtinktur zu bestreichen, worauf die Scheide tamponiert wird. Desinfektion der Bauchdecken mittelst Jodtinktur. 23 mal wurde der mediane Schnitt, 27 mal der Querschnitt nach Pfannenstiel ausgeführt. Verf. beschreibt eingehends die von ihm geübte Technik. Als Nahtmaterial diente nur Jod-Catgut. Es wurde möglichst vollkommene Abtragung des Beckenzellgewebes und der Iliakaldrüsen angestrebt. In 28% der Fälle wurden stark vergrösserte Lymphdrüsen gefunden. Gerade auf diese Fälle kommen viele Todesfälle und Rezidive (auf 14 Fälle vier Exitus und sechs Rezidive). Von 50 Kranken starben 9 = 18%; ein Patient starb an Pleuropneumonia fibrosa, einer an Schock (Atrophia fusea myocardii), vier an septischer Peritonitis, drei an später Septikämie. Über Dauerresultate zu reden, ist noch nicht möglich. Von den nachuntersuchten Fällen wurden in 13 Rezidive gefunden. Von Verletzungen sind hervorzuheben zwei unbedeutende, mit Erfolg vernähte Blasenverletzungen und zwei Ureterfisteln. Primäre Heilung der Bauchwunde trat in 47% der Fälle ein. Letztere tritt häufiger bei Anwendung des Querschnittes ein (13 von 26, während bei Längsschnitt 7 von 18). Das Hospital verliessen die Kranken im Durchschnitt am 37. Tage nach der Operation. Eine lästige Komplikation bildet die häufige Cystitis.) (H. Jentter.)

192. Krokiewicz, A., Zur Kasuistik multipler, primärer (Multiplicitas diversi generis) maligner Geschwülste. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 29. p. 1204—1207. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 30. p. 1682. (Kasuistisch; nicht gynäkologischer Fall. Befasst sich nur nebenbei in der Statistik und Literaturzusammenstellung mit gynäkologischen Fällen.)

193. Kronheimer, H., Schwere Arsenvergiftungserscheinungen bei Karzinombehandlung nach Zeller. Nürnb. med. Ges. u. Poliklin. Sitzg. vom 9. Jan. Ref. Berl. klin. Wochenschrift. Nr. 8. p. 376. (Durchfälle, hochgradige Schwächezustände, nach Kronheimers Ansicht durch Arsenwirkung.)

194. Kubinyi, P. v., A vena femoralis thrombosis a és az art. pulmonalis emboliája méhrák mellett. Aus der Sitzung der gyn. Sekt. des kgl. Ärztevereins am 22. April. Ref. Orvosi Hetilap. Gyn. Nr. 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 32. p. 1202. (Plötzlicher Tod an Lungenembolie, ausgehend von einer Thrombose der Vena femoralis bei Gebärmutterkrebs. Der Prozess beschränkt sich auf die Muttermundslippe, griff aber auf das hintere Scheidengewölbe dun das Parametrium über; der Fall war noch operabel. Das weitere ergibt sich aus der Überschrift. Das Drüsensystem erwies sich bei der Sektion schon als weit erkrankt, indem selbst die mesenterialen Drüsen krebsig waren. Die Embolie wäre sonst sicher bei der Operation passiert. Die reaktive Entzündung in der Umgebung des Krebses begünstigt die Entstehung einer Thrombose, wozu eventuell noch die hydrämische, marantische Blutbeschaffenheit tritt.) (Temesváry.)

196. Küttner, O. J., Ein Fall von Cervixkrebs, kompliziert durch Darmkarzinom. Journ. akusch. i shensk. bolesn. Nov. Sitzungsber. der geb.-gyn. Ges. zu St. Petersburg. (Bei der Operation nach Wertheim wurde eine Geschwulst im Darm, auf der Grenze zwischen S Romanum und Rektum gefunden. Es wurde Resektion und Invagination der Flexur ins Rektum gemacht. Dauer der Operation zwei Stunden 50 Minuten. Interessant

ist, dass am Mutterhals Carcinoma planocellulare, im Darm Carcinoma cylindrocellulare gefunden worden ist.) (H. Jentter.)

197. Lastaria, F., Die Chirurgie des Karzinoms, Technik und Resultate. Arch. ital. di Gin. 1912. Bd. 15. Nr. 12. Ref. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 23. Nr. 4. p. 248.

198. — Per la lotta contro il cancra. Arch. ital. di Ginec. Marzo. p. 81.

198a. — I recenti risultati operatorii del Bumm nell' operazione radicale del cancro uterino. Arch. ital. di Ginec. Jahrg. 16. Nr. 5. p. 129—130.

199. — Il dovere medico in rapporte del presente stato della chirurgia del cancro dell' utero. Arch. italiano di Ginec. Jg. 16. Nr. 10. Ottobre. p. 233—235.

199a. — Il valore curativo della chirurgia nel cancro dell' utero. Giorn. intern. delle scienze med. Jahrg. 35. Nr. 14. p. 650—652.

200. Legrain, E., Sur les tumeurs des indigènes africaino. Schweizer Rundschau f. Med. Bd. 13. Nr. 15. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 35. p. 1957. (Maligne Geschwülste sind bei den eingeborenen Kabylen (Nordafrika, Hochplateau der Sahara) äusserst selten. Unter den bösartigen Geschwülsten überwiegen weit örtliche Hautsarkome ohne Neigung zur Generalisation. Bei Europäern in den Tropen sind dagegen bösartige Geschwülste besonders in gewissen Orten überraschend verbreitet, wie sie auch bei eingeborenen Stadtbewohnern zunehmen. Gutartige Geschwülste sind bei Eingeborenen häufig.)

201. Lehmann, F., Klimakterische Blutungen und Karzinomprophylaxe. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 3. p. 96. Ref. Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung, Nr. 7. p. 217. (Ursache, dass so viele Patientinnen zu spät zur Operation kommen, liegt an dem Missbrauch, der sowohl von Ärzten wie von Laien von der Diagnose „klimakterische Blutungen" gemacht wird. Ursprünglich sollte das „klimakterisch" nur die Zeit bezeichnen, zu der gewisse pathologische Blutungen besonders oft aufzutreten pflegen, wie der Zusatz „juvenil" bei gewissen Nervenkrankheiten. Weiterhin aber hat sich im ärztlichen Sprachgebrauch diese ursprüngliche Bedeutung seit nunmehr langer Zeit gewandelt, das „klimakterisch" ist aus dem deskriptiven ein kausaler Begriff geworden, das Klimakterium wurde zur Ursache der Blutungen. Die nunmehr eingebürgerte Ansicht des normalerweise mit Blutungen einhergehenden Klimakterium ist aber tatsächlich falsch und hat die schlimmsten Folgen. Der normale „Wechsel" tritt in der Weise ein, dass die Blutungen seltener und geringer werden; sobald das Gegenteil der Fall ist, sobald sie häufiger oder stärker werden, liegt eine Erkrankung vor, zu deren Behandlung die Frau zum Arzt gehen soll. — In diesem Sinne sollen die Merkblätter und Hebammenbücher mehr wie bis jetzt ihre Propaganda weiterführen.)

202. Leidholdt, H., Über die Resultate der an der Jenaer Frauenklinik vom 1. März 1903 bis 31. Dezember 1911 ausgeführten Totalexstirpationen des karzinomatösen Uterus. Diss. Jena.

203. Lekachowitsch, Ch., Über das gleichzeitige Vorkommen von Myom und Karzinom in utero. Diss. Berlin. August.

204. Leonard, V. N., On the development of malignant disease of the cervical stump after supravaginal hysterectomy. Ann. of Surg. Vol. 58. Nr. 3. p. 373—383. Ref. The Brit. med. Journ. Nr. 2762. Dec. 6. Ep. of curr. med. litt. p. 79. (Zwei Fälle, 18 resp. vier Jahre nach der Amputation wegen ausgedehnter Adnexerkrankungen. Statistische Zusammenstellung aus der Literatur, aus der hervorgeht, dass hauptsächlich nach Myomotomien (in 3%) die Entstehung eines Stumpfkarzinoms zu befürchten ist.)

205. — Postoperative results of amputation of the cervix. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 16. Nr. 4. April. p. 390—400. (Resultate an 128 Fällen. Der Fluor wird in 90% geheilt. Narbenbildung infolge der Operation ist unvermeidlich und führt oft zu Sterilität und schweren Geburtsstörungen. Auch die Neigung zur vorzeitigen Unterbrechung der Gravidität ist erheblich vergrössert. Die Operation soll vor der Klimax nur dann gemacht werden, wenn andere mehr konservative Behandlungsmethoden versagen.)

206. Leschke, E., Serologische Geschwulstdiagnostik. Brauers Beitr. z. Klin. d. Infektionskrankh. Bd. 1. Heft 2. p. 271—288. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 14. p. 666. (Die Komplementbindungsreaktion wurde bei 61 Tumorkranken, 143 anderweitig Erkrankten und 42 Gesunden angestellt. Von den verschiedenen Antigenen bewährte sich am besten eine Antiforminauflösung von Karzinom. Damit wurde in 88,6% bei Karzinomsera und nur in 7,6% bei anderen Kranken ein positives Resultat erhalten. Von den letzteren hatten mehr als drei Viertel eine positive Wassermann-Reaktion. Die

komplementbindenden Antikörper sind wohl unspezifische Antilipoidstoffe. Die Freund-Kaminersche Reaktion konnte im Prinzip bestätigt werden. Tumorsera lösten Krebszellen entweder gar nicht oder bedeutend schlechter auf, als es die Kontrollsera taten. Praktisch war es jedoch nicht möglich, zwischen der stärkeren oder schwächeren Auflösung eine eindeutige Grenze zu ziehen.)

207. Lewin, C., Wie behandeln wir inoperable Geschwülste? Therapie d. Gegenw. Heft 2. (Verf. beschreibt besonders eingehend die Behandlungsmethoden, die auch von Praktikern durchgeführt werden können. Am meisten verspricht sich Lewin — wenn Bestrahlungstherapie nicht möglich — noch vom Elarson, Atoxyl, etwa in Verbindung mit Pankreatin und hebt die mannigfachen Arsenpräparate, auch das Jodkali, als brauchbar hervor. Der Zellerschen Behandlung bringt er sehr wenig Vertrauen entgegen und verwirft O. Schmidts Antimeristem gänzlich, ebensowie Trypsininjektionen, Serumtherapie usw.)

208. — Die Ätiologie der malignen Geschwülste. Therapie d. Gegenw. März. (Verf. behandelt in neuer Zusammenfassung die Ergebnisse der Untersuchungen von Fibiger (cf. Nr. 105) und Jensen, durch welche die Entstehung mancher maligner Tumoren als Folge parasitärer Einflüsse aufzufassen sind.)

209. — Behandlung von Krebskranken mit Vakzination. Therapie d. Gegenw. Nr. 6. p. 253—257. Ref. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 29. p. 1224. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 31. p. 1446. (Mehrfach ist bei Krebs durch Behandlung mit Autolysaten — ihre Herstellung wird von Fall zu Fall beschrieben — ein so sichtbarer Erfolg erzielt worden, dass man die Autovakzination in geeigneten Fällen tunlichst versuchen soll. Und zwar namentlich dann, wenn gleichzeitig lokal die der Bestrahlung zugänglichen Partien mit grossen Dosen von Mesothorium behandelt sind.)

210. Lewin, I., The mechanism of immunity in experimental cancer. Med. Record. Nr. 22. p. 981—984. Ref. Münchn. med. Wochenschr. 1914. Nr. 7. p. 381. (Ist der Immunität bei bakteriellen Krankheiten zwar nicht identisch, aber doch sehr ähnlich und das Resultat einer aktiven inhibitorischen Einwirkung des Organismus auf das Wucherungsvermögen der Krebszellen. Solch eine inhibitorische Wirkung kann lokal durch ein gewisses Organ in einem sonst empfänglichen Tiere hervorgerufen werden, aber diese lokale inhibitorische Wirkung wird aufgehoben, wenn das Organ erkrankt. Bei Menschen, welche das Krebsalter erreicht haben, sterben nur etwa 10% an Krebs; es ist möglich, dass die übrigen 90% gegen die Krebsentwickelung immun sind.)

211. — Der Mechanismus der Metastasenbildung beim experimentellen Krebs. Journ. of exper. Med. New York. Nr. 4. Ref. Münchn. med. Wochenschr. 1914. Nr. 7. p. 381. (Die Hauptfaktoren, welche die Lokalisation und die Häufigkeit der Metastasen bestimmen, sind der Charakter und die Bösartigkeit der Krebszellen einerseits und die allgemeine und lokale Empfänglichkeit des Organismus andererseits. Die Verschiedenheit im Transportmodus spielt ebensowenig wie die leichtere Ablösung der Krebszellen eine Rolle.)

212. Liegner, B., Zur Histologie des Carcinoma cervicis uteri. Hegars Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. 18. Heft 3. p. 329—363. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Heft 3. p. 363. (Mitteilung von 30 Krankengeschichten von Cervixkarzinomen, die durch die sog. erweiterte abdominale Radikaloperation entfernt wurden, mit genauer histologischer Beschreibung. Aus dem bunten Bilde, das hierbei gefunden wird, lässt sich doch in den einzelnen Fällen ein Gesamtbild zusammenstellen, das tatsächlich etwas Selbständiges ist, das nie sich in gleicher Weise wiederholt. Man kann heute aus dem histologischen Bilde des Karzinoms nicht auf eine grössere oder geringere Malignität schliessen; vielleicht zeitigt ein weiteres genaueres histologisches Studium auch hierin spätere Erfolge.)

213. Lindig, P., Über Serumfermentwirkung bei Schwangeren und Tumorkranken. Münchn. med Wochenschr. Nr. 13. p. 702—703.

214. Littlewood, H., and M. J. Stewart, Adenocarcinoma of the body of the uterus in association with adenomyoma diffusum benignum. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 23. Nr. 6. p. 396—401. (Kasuistisch. Ausführliche Beschreibung des Falles mit statistischen Angaben über die Frequenz derartiger Erkrankungen, und zwei Abbildungen mikroskopischer Präparate auf zwei Tafeln.)

215. Lizcano, P., Defensa contra el cancer de la matriz. El siglo medico. Nr. 3092. 15. März. p. 166—167. (Spanisch.) (Alle Frauen zwischen 40 und 60 Jahren sollen sich trotz scheinbarer Gesundheit alle zwei Monate gynäkologisch untersuchen lassen.)

215a. Lizcano, P., Statistische Bemerkungen über den Uteruskrebs. El siglo medico. Nr. 3101. p. 308—311. (Spanisch.) Statistik (über 314 Fälle = 6,5°/₀ der Frauen, die die Poliklinik besuchten. Davon waren nur 9,7°/₀ operabel.)

216. Loeb, L., and M. S. Fleischer, Intravenous injections of various substances in animal cancer. Journ. of the Amer. med. Assoc. Vol. 60. Nr. 24. p. 1857—1858. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 33. p. 1851. (Kolloidkupfer und Kolloidplatin verhinderten das Wachstum des Tumors, solange die Injektionen dauerten. Es wurden Versuche mit Kasein und Nukleoprotein, mit Serumglobulin, Pferdeserum, Eiweiss, Gelatine, Lezithin und Stärke gemacht. Nur die zwei ersten zeigten sich wirksam. Eine einzige Injektion von Kasein und Nukleoprotein zerstörte einen grossen Teil der Geschwulst. In gleicher Weise, nur in stärkerem Grade, wirkte Blutegelextrakt. Wiederholte Injektionen desselben verhinderten das Wachstum des Tumors, solange die Injektionen dauerten. Sobald die Injektionen eingestellt wurden, fing die Geschwulst wieder zu wachsen an.)

216a. — W. E. Leighton and O. Ishii, The influence of intravenous injections of various colloidal copper preparations upon tumors in mice. Interstate med. Journ. Vol. 20. Jan. p. 16—18.

217. — H. N. Lyon, C. B. Mc Clurg und W. O. Sweek, Weitere Beobachtungen über die Behandlung des menschlichen Krebses mit intravenösen Injektionen von kolloidalem Kupfer. Interstate med. Journ. Vol. 20. Jan. p. 9—16. (Die neuen Beobachtungen bestätigen die früheren Erfahrungen über den günstigen Einfluss der Behandlung.)

218. Loevy, A., Die Briegersche Reaktion und ihr Ausfall bei Karzinomen des Verdauungskanals. Diss. Leipzig. März.

219. Löhlein, Zur Frage nach dem Vorkommen von Krebsgeschwülsten in tropischen Ländern. Arch. f. Schiffs- und Tropenhyg. Bd. 17. Heft 4. (Die Seltenheit des Karzinoms bei den Eingeborenen des tropischen West- und Zentralafrika ist hinreichend festgestellt worden, während Karzinomfälle unter der Bevölkerung des tropischen Südamerika allerdings verhältnismässig häufig zu sein scheinen. Exakte statistische Daten liegen jedoch nicht vor.)

220. Lop, Cancer de l'utérus. Hystérectomie totale; guérison constatée sans récidive après sept. ans. Gaz. d. Hôp. Nr. 105. Sept. p. 1648.

221. Lotz, A., Zellersche Krebsbehandlung. Med. Ges. in Basel. Sitzg. vom 23. Okt. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 49. p. 2438. (Zeller soll von der Anwendung der „Cinnabarsana" der grossen Schmerzhaftigkeit wegen abgekommen sein; über die Zusammensetzung seiner neuen Paste gibt er keine Auskunft. — Diskussion: de Quervain, v. Herff: Die Verwendung der Arsenquecksilberpaste war schon längst als gutes Palliativmittel und Zerstörungsmittel für oberflächliche Hautkrebse bekannt.)

222. Lubarsch, O., Die Grenzen der pathologischen Anatomie und Histologie, neue Aufgaben und Fragestellungen. Jahreskurse f. ärztl. Fortbild. Jan. (Cf. Schottländer. 311.)

223. Ludke, H., Diagnostic précoce du carcinome au moyen du procédé de dialysation d'après E. Abderhalden. Gaz. d. hôpit. Nr. 65. p. 1064—1066. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 35. p. 1696. (In Anlehnung an die Abderhaldensche Schwangerschaftsreaktion versucht Ludke eine biologische Karzinomdiagnose anzustellen, ausgehend von dem Gedanken, dass das Blutserum der Krebskranken Karzinomeiweiss abbaut. In einer Anzahl von Fällen glückte der Versuch nach der des näheren beschriebenen Technik, doch schien die Reaktion nicht absolut spezifisch zu sein, da auch einige vollkommen gesunde Sera positive Ausschläge gaben.)

224. Lunckenbein, Zur Behandlung maligner Geschwülste. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 35. p. 1931—1932. Ref. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 40. p. 1630. The Brit. med. Journ. 1914. Nr. 2767. Jan. 10. Ep. of curr. med. litt. p. 7. (Verf. hat von der Autolysatbehandlung gute Erfolge gesehen und empfiehlt sie als therapeutische Massnahme bei inoperablen Fällen, sowie zur Verhütung von Rezidiven nach Operationen und schliesslich vor allem als Kombination mit der jetzt so erfolgreichen Strahlentherapie. Verf. benutzt das Verfahren nach Rovsing: der exstirpierte Tumor oder eine Drüsenmetastase, oder ein aus einem inoperablen (nicht infizierten) Tumor entferntes Stück wird in steriler physiologischer Kochsalzlösung möglichst zerkleinert, dann geschüttelt, drei Tage auf Eis gestellt und schliesslich filtriert. Das Filtrat wird eine Stunde lang auf 56° erhitzt und ist dann injektionsfähig. Zur Injektion wird es

mit steriler Kochsalzlösung verdünnt, bis die Lösung nicht mehr fadenziehend ist; das spezifische Gewicht betrug dann 1009—1010. Die Injektionen wurden subkutan vorgenommen; eine intramuskuläre war äusserst schmerzhaft. Es wird mit 1 ccm angefangen, dann gestiegen auf 5 ccm und nach ca. 8—10 Tagen auf 10 ccm. Die beste Wirkung ist bis jetzt bei Sarkomen und mit dem Autolysat desselben Tumors erreicht worden. Auch die Autovakzinationsbehandlung hat Verf. mit gutem Resultat angewandt.)

225. Luys, G., Importance de la cystoscopie dans le cancer de l'utérus. Revue de gyn. et de chir. abd. Tome 21. Nr. 2. p. 97—112. (Sowohl zur Indikationsstellung zur Operation, wie zur Prognosenstellung ist die Kystoskopie unerlässlich. Wenn die Blase nur diffuse Röte zeigt, wird die Operation leicht sein. Zeigen sich dagegen Ulzerationen der Blasenschleimhaut oder starke Gefässbildung in derselben, so wird die Operation schwierig sein. Ist die Blase ganz von Ödem oder Karzinom eingenommen, so ist die Operation kontraindiziert. Gleichfalls wenn die Ureteren undurchgängig sind, oder deren Mündungen vor Ödem unsichtbar. — Ausführliche Mitteilung der Technik und von 33 Krankengeschichten; Abbildungen des Instrumentariums und von vier kystoskopischer Blasenbilder [bunt].)

226. Mac Lennan, A., A method of radical removal of the cancerous uterus. Glasgow Obst. and Gyn. Soc. Meeting on Jan. 29. Ref. The Lancet. Nr. 4670. March 1. p. 616. Als Original erschienen in The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 23. Nr. 4. p. 241—242. (Im wesentlichen die Wertheimsche abdominale Totalexstirpation, nur dass der Uterus nach Schluss des Beckenperitoneums und der Bauchhöhle nach der Vagina zu herausgezogen wird. Es wird empfohlen, den Ureter, wenn er durch krankhaft verändertes Gewebe verläuft, zu durchschneiden und in die Blase zu implantieren.)

227. Mansfeld, O., A méhrák ezidöszeriati kezeléséröl. Gyógyászat. Nr. 48. (Nachdem die operative Behandlung in ca. 50% der so behandelten Fälle zur Dauerheilung führt, will Mansfeld in allen Fällen, wo der Gebärmutterkrebs operabel scheint, operativ vorgehen. Selbst in Grenzfällen, wo es fraglich erscheint, ob alles Krankhafte entfernt werden kann, soll man operieren. Die Radiumbehandlung ist als Nachbehandlung operierter Fälle als Präventivmittel gegen Rezidive und in allen Fällen von inoperablem Gebärmutterkrebs angezeigt.) (Temesváry.)

228. Manzavino, Etude critique de dix cas de cancers des organes génitaux de la femme, traités par la fulguration. Publications de Beuttner. Vol. 5. p. 379.

229. Markus, N., Untersuchungen über die Verwertbarkeit der Abderhaldenschen Fermentreaktion bei Schwangerschaft und Karzinom. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 17. p. 776—777. Ref. The Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 68. Nr. 429. Sept. p. 581. (Nach der alten Methodik Abderhaldens gaben fünf Sera von Karzinomatösen eine positive Reaktion mit Plazenta. Bei Anwendung der neuen Vorschriften wurde in sieben Fällen eine absolut negative Reaktion mit Plazentareiweiss, in den vier übrigen Fällen aber ein schwacher Abbau der Plazenta durch das Karzinomserum gefunden. Bei acht weiteren Versuchen über das Verhalten von Karzinomserum gegen Karzinomgewebe reagierten in fünf Fällen das Karzinomserum mit dem Karzinomgewebe positiv, in drei Fällen negativ. Letztere waren ausschliesslich Magendarmkarzinome. Schwangerschaftsseren reagierten mit Uteruskarzinomgewebe von siebenmal fünfmal völlig negativ, zweimal entstand eine schwache Blaufärbung. Verf. kommt zu dem Schluss, dass die Beurteilung der Schwangerschaftsreaktion bei Tumorverdacht eine gewisse Vorsicht erfordert, da er, wenn auch nur in einer geringen Zahl von Fällen, einen Abbau der Plazenta durch Tumorserum nachweisen konnte.)

230. Mayer, A., Über die klinische Bedeutung des Abderhaldenschen Dialysierverfahrens. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 32. p. 1183—1189. (Mayer konnte bestätigen, dass das Serum von Karzinom kranken Krebsgewebe abbaut, was noch ungeahnte Perspektiven eröffnet.)

230a. — Über die Abderhaldensche Untersuchungsmethode und die klinische Bedeutung des Dialysierverfahrens. Med. Korresp.-Blätter. Bd. 83. Nr. 46. p. 725—728. (In gewissen Stadien ist es möglich, die Diagnose Karzinom serologisch zu stellen. Es erheben sich natürlich sofort die Fragen, ob die Krebse verschiedener Organe und die histologisch verschieden gebauten Karzinome sich serologisch gegenseitig vertreten können. Auch drängt sich die Frage auf, ob der positive Ausfall der Abderhaldenschen Reaktion auf Karzinomgewebe Beweis ist, dass das Karzinom wenigstens

in gewissen Stadien eben tatsächlich keine lokale Erkrankung ist, sondern auf dem Blutwege den ganzen Organismus in Mitleidenschaft zieht.)

231. Mayer, A., Über die Präparation von Ureter und Uterina bei der erweiterten Uteruskarzinomoperation. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 75. Heft 2. p. 399.—404. (Operationstechnische Arbeit mit Illustrationen.)

232. Mayo, W. J., Grafting and traumatic dissemination of carcinoma in the course of operations for malignant disease. Journ. of the Amer. med. Assoc. Vol. 60. Febr. 15. p. 512—513. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 23. p. 866. (Nicht gynäkologische Fälle.)

233. Mc Cann, F. J., Abdominal radical operation for cervical cancer of the uterus. XVII. Intern. med. Kongr. in London. 6.—12. August. Sect. for Obst. and Gyn. Ref. The Brit. med. Journ. Nr. 2747. August 23. p. 480. The Lancet. Nr. 4695. August 23. p. 559. (Vortragender desinfiziert die Scheide mit Argentumlösung. Von 65 operierten Fällen hat er nur drei verloren. Man soll damit anfangen, den Uterus von der Blase zu trennen. Drainage nach der Scheide zu ist nur wegen Blutung indiziert und soll nicht länger wie 48 Stunden liegen bleiben. Vortragender will vorgeschrittene Fälle nicht mehr operieren. Auch beim Korpuskarzinom ist die radikale Operation zu empfehlen; er hatte dabei nur einen Todesfall auf 28 Operationen.)

234. Meidner, S., Das Elektroselenium in der Behandlung der inoperablen Karzinome. Therapie d. Gegenw. Nr. 1. p. 40—42. (Einer Broschüre des Pariser Laboratoriums von Clin gegenüber, nach welcher das Elektroselenium imstande sein soll, „die grössten Dienste in der Behandlung des Krebses als ein Palliativ und ein Adjuvans zu leisten", betont Verf. die Misserfolge, welche mit diesem Mittel am Berliner Krebsinstitut verzeichnet werden mussten und glaubt nicht zu viel zu sagen, wenn er voraussagt, dass dem Elektroselen wie so vielen anderen Mitteln in der Behandlung des Krebses keine bleibende Stätte beschieden sein wird.)

235. Mendels, W., Korpuskarzinom. Ned. Tijdschr. v. Verl. en Gyn. Jaarg. 23. Nr. 1. p. 86. (Mendes de Leon.)

236. Mendes de Leon, M. A., Zwei Uteri per laparotomiam entfernt. Ned. Tijdschr. v. Verl. en Gyn. Jaarg. 23. Nr. 1. p. 86. (a) Einen Uterus mit sehr ausgebreitetem Korpuskarzinom bei einer 62jährigen IVpara. b) Uterus mit Korpuskarzinom und Pyometra, von einer 66jährigen Frau herrührend. (Mendes de Leon.)

237. Mergelsberg, O., Über Uteruskarzinom im Kindesalter. Diss. Berlin. Juli.

238. Michailow, N. A., Über Jodkali als Reaktiv auf Krebs und als Heilmittel gegen denselben, zusammen mit subkutaner Applikation von Natrium arsenicum in $^1/_4$—$^1/_2$ %-iger Karbollösung. Russki Wratsch. Nr. 13, 14. (H. Jentter.)

239. Mielecki, W. v., Anatomisches und Kritisches zu 560 Obduktionen, bei denen sich bösartige Geschwülste fanden. Zeitschr. f. Krebsforsch. Bd. 13. Heft 3. (Nicht speziell gynäkologisch.)

240. Minett, E. P., Die Pathogenität eines aus nicht ulzerierten Karzinomen isolierten Organismus. Pathol. Sect. of the Royal Soc. of Med. Meeting on 18 Nov. Ref. Münchn. med. Wochenschr. 1914. Nr. 8. p. 453. (Der Micrococcus neoformans ist identisch mit dem Typ des Staphylococcus albus, der aus den tiefergelegenen Geweben bei Menschen und Tieren gewonnen werden kann. Es handelt sich dabei nur um einen gewöhnlichen Staphylococcus der Haut, welcher modifiziert worden ist durch längeres, unter mehr oder weniger vollständigem Sauerstoffabschluss geführtes Wachstum.)

241. Mirto, F., Über einzelne mit Natriumbiborat und Chinin behandelte Fälle von inoperablem Uteruskarzinom. Ital. Ges. f. Geb. u. Gyn. 18. Versamml. zu Rom. 18. bis 20. Dez. Ref. Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. 1914. Nr. 1. p. 63.

242. Möller, O., Cancer corporis uteri. (Demonstr.) Ges. f. Gyn. u. Obst. 6. Nov. 1912. Ref. Ugeskrift for Laeger. Kopenhagen. p. 2018. (O. Horn.)

242a. Montanelli, G., Associazioni di carcinoma dell' utero e carcinomi della cute e delle mammelle. Forme metastatiche e forme primitive multiple. Ginec. Vol. 10. Nr. 17. p. 513—544. (Literaturzusammenstellung über 16 Fälle von Karzinommetastasen in der Haut und 10 in der Mamma bei primärem Uteruskarzinom, drei Metastasen im Uterus bei primärem Mammakarzinom und sechs Fälle von Karzinom in der Mamma und dem Uterus, unabhängig voneinander.)

243. Moullin, C. M., The Bradshaw lecture on the biology of tumours. London W. C., H. K. Levis (Mark 1,20). The Lancet. 1912. Nr. 4658. Dec. 7. p. 1567.

244. Müller, J., Uterusexstirpation wegen Korpuskarzinom bei einer 64jährigen Frau wegen schwerer Myokarditis mit Zirkulationsstörungen in Lokal- resp. Leitungsan-

ästhesie mit 1%igem Novokain-Suprarenin ausgeführt. Ver. d. Ärzte Wiesbadens. Sitzg. vom 7. Mai. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 24. p. 1132.

245. Nadal, P., Polypes du col utérin. Soc. anat. de Paris. Séance du 23 Mai. Ref. La Presse méd. Nr. 44. p. 444. (Siehe unter „Myome", Nr. 123.)

246. Neel, J. C., Results after Wertheim operation for carcinoma of the cervix of the uterus. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 16. Heft 3. March. p. 293—296. (Bei einer Operabilität von 54% wurden von 1900 bis 1912 136 Fälle operiert. Die primäre Mortalität betrug etwa 12%, die Dauerheilungen über fünf Jahre 20,3%. Technik. Bei sehr fettreichen Frauen wird nach der Inzision der Bauchdecken eine horizontale Lipektomie vorgenommen, wodurch das Operationsfeld viel besser zugänglich wird. Durch vorherige Katheterisation der Ureteren wird deren Präparation erleichtert. Vor der Operation wird das Karzinom exkochleiert und kauterisiert. Wird hierbei eine Pyometra festgestellt, so wird die Operation verschoben.)

247. Netolitzky, F., Kieselsäure und Karzinom. Wiener med. Wochenschr. Nr. 27. p. 1659—1661. (Es liegt der Gedanke nahe, die Zunahme der Krebserkrankungen unserer Zeit in eine Parallele zu stellen mit der fortschreitenden Verarmung der wichtigsten modernen Nahrungsmittel an Kieselverbindungen.)

248. Netschajew, Zur Frage über die morphologischen Veränderungen der Lymphdrüsen bei Karzinom. Diss. St. Petersburg 1912. (Netschajew untersuchte 102 Lymphknoten von 20 Kranken mit malignen Tumoren. Bei nicht ulzerierten Tumoren sieht man in den Knoten, noch vor der Metastasenbildung, typische Erscheinungen der chronischen aseptischen Entzündung. Lymphadenitis chronica hyperplastica äussert sich in Hyperplasie des Retikulum. Lymphadenitis chronica fibrosa entsteht aus der ersten Form. Die senilen „fettigen" Knoten hyperplasieren auch, indem die Masse des lymphadenoiden Gewebes grösser wird, sowie auch durch Verwandlung des Fettgewebes in Protoplasma, welches sich später in retikuläres Gewebe umbildet. Die Lymphozyten verhalten sich zu den Krebszellen indifferent, werden von letzteren umringt und verfallen degenerativen Veränderungen. Die Makrophagie steigt; die mit dem Vernichten der abgelebten Parenchymzellen beschäftigten Makrophagen weisen keinerlei aktives Vorgehen Krebszellen gegenüber auf. Plasmazellen häufen sich im Parenchym dann auf, wenn gleichzeitige Wirkung von bakterieller Infektion und krebsiger Zellen besteht (ulzerierte Tumoren). Mastzellen liegen in den kavernösen Sinusen, ohne aktiv in Kampf mit dem Karzinom zu sein. Sie bilden sich wie es scheint, aus den Lymphozyten. Die Eosinophilen emigrieren aus den Gefässen ins Gewebe der Lymphknoten, teils bilden sie sich in lymphadenoides Parenchym um. Die Lymphknoten führen, wie es scheint, aktiven Kampf mit den Fermenten und nicht mit den Elementen der Neubildung.) (H. Jentter.)

249. Neuwirth, K., Die Therapie des Gebärmutterkrebses in den allerersten Anfängen. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 33. p. 1223—1226. (Die Wichtigkeit der Frühdiagnose und die histologische Untersuchung aller durch Probeauskratzung oder Exzision zu entfernenden verdächtigen Stellen durch einen zuverlässigen Pathologen wird betont. Der Verf. will mehrfach Uteruskrebs in den ersten Anfängen durch kräftige Curettage mit nachfolgender Ätzung der Uterushöhle durch 30%ige Höllensteinlösung und erkrankter Stellen der Portio durch wiederholte Ätzungen mit rauchender Salpetersäure dauernd geheilt haben. Schliesslich empfiehlt er für Fälle, in denen die primäre Operation wegen unsicheren histologischen Befundes nicht verantwortet werden kann, oder wo die Frauen die Operation ablehnen, längeren Gebrauch des Zellerschen Nacasilizium.)

250. Nikolskij, A., Über die Unterbindung der Arteriae hypogastricae. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Heft 3. Sept. p. 270—282. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 41. p. 1919. (Erfahrungen an über 100 Fällen der Tomsker Klinik. Die Operation ist leicht und befriedigend ausführbar und zeigt keine merkliche Beeinflussung der Ernährung des Rektums und der Harnblase. Dank dieser Methode gelang es, vielfach unter Transplantation der Ureteren ins Rektum, der Resektion der ganzen Harnblase und unter Umständen des unteren Abschnittes des Rektums, die Operationsmöglichkeit des Uteruskarzinoms auf 77% zu erhöhen bei einer Sterblichkeit von 31%. Technik. Die Ungefährlichkeit der Unterbindung für die Organe des kleinen Beckens wurde durch rein anatomische und anatomisch-röntgenographische Untersuchungen erwiesen; sie ergaben reichliche Anastomosenbildung zwischen den Arteriae haemorrhoidales media, inferior und superior.)

251. Nowell, H. W., Ein ätiologischer Faktor des Karzinoms und ein möglicher Einfluss auf die Behandlung. Boston med. a. surg. Journ. Nr. 23. p. 838—842. Ref. Berl. klin.

Wochenschr. Nr. 28. p. 1312. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 33. p. 1851. (Es gelang dem Verf., aus Karzinomsubstanz einen in Wasser löslichen Körper in Form von langen, weissen, nadelförmigen Kristallen zu isolieren. 10 mg des Körpers wurden steril gelöst Kaninchen injiziert. In den ersten 24 Stunden schwere Störungen, die sich besserten. Nach mehreren Tagen begann eine allgemeine Kachexie, Anämie, Induration des Gewebes an der Injektionsstelle. Tod nach drei Monaten: ausgedehnte charakteristische Drüsenveränderungen. Bei anderen, mit mehreren kleinen Dosen gespritzten Tieren zeigte sich post mortem mikroskopisch typische Karzinose. Mit Serum solcher mit geringen Dosen vorbehandelter Tiere spritzte Verf. andere Kaninchen und erreichte eine Immunisierung, so dass er diese Tiere mit dem ersterwähnten Körper spritzen konnte, ohne eine Schädigung zu erhalten, während die Kontrolltiere wiederum eingingen.)

252. Obata, J., Statistischer Beitrag zur Morphologie des Uteruskarzinoms. Arch. f. Gyn. Bd. 99. Heft 3. p. 474—490. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 31. p. 1452. (Unter 244 Präparaten von Uteruskarzinom in Robert Meyers Sammlung fanden sich 134 mal primär solide und 112 mal primär drüsige Karzinome; in zwei Fällen, die deshalb doppelt gezählt sind, fanden sich beide Formen nebeneinander. Die Einteilung der primär drüsigen Krebse nach dem Uterusabschnitt ergibt 88 als Korpus-, 16 als Cervix-, und 1 als Portiokarzinom. Unter sämtlichen 134 primär soliden waren 120 Kollum- und 11 Korpuskarzinome, bei drei war ein Urteil unmöglich. Im zweiten Abschnitt der Arbeit wird die feinere Morphologie der untersuchten Präparate abgehandelt und besonders das Vorkommen von Riesenzellen, Glykogen, Muzin, Infiltration, die Gefäss- und Metastasenbildung, Zerfall und Atrophie der Krebszellen Erwähnung getan.)

253. Oefele, F. v., Vanadiumselenium in der Krebsbehandlung. New-York. med. Journ. Nr. 2. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Therap. Jahrg. 31. Nr. 5. p. 255. (Es stellte sich bei der Behandlung folgende Metamorphose der Geschwulst fest: Die charakteristischen Tumorzellen schwollen an, bekamen ein kolloidales Aussehen und degenerierten. Der aus der Degeneration der Tumorzellen entstandene kolloidale Detritus wurde resorbiert und an seine Stelle trat Stromagewebe. Die Tumoren hatten schliesslich das Aussehen von Fibromen. Ausserdem wurde während der Seleniumbehandlung eine deutliche Abgrenzung des Tumorgewebes vom Gesunden festgestellt. Ein völliges Verschwinden des Tumors wurde jedoch nie beobachtet. Durch die Seleniumbehandlung besteht die Möglichkeit der Umwandlung einer inoperablen Geschwulst in einen operablen Tumor. Die Operation darf aber erst nach Abklingen aller Degenerationserscheinungen im Tumorgewebe, also nach Erreichen des fibromatösen Charakters desselben vorgenommen werden.)

254. Opitz, E., Kombination der Strahlenbehandlung des Karzinoms mit Cholineinspritzungen. Mittelrhein. Ges. f. Geb. u. Gyn. Sitzg. vom 16. Febr. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Erg.-Heft. p. 401. (Cf. „Strahlentherapie der Karzinome", b) Radium und Mesothorium.)

255. — Ein ausgedehntes Korpuskarzinom, das die Uteruswand nach hinten durchwachsen hatte und auf den Mastdarm übergegangen war. Mittelrhein. Ges. f. Geb. u. Gyn. Sitzg. vom 16. Febr. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Erg.-Heft. p. 403. (Am Scheideneingang fanden sich zahlreiche Metastasen, die rosenkranzartig, entsprechend den Hymenresten, um den Scheideneingang herum angeordnet waren. Die Operation bestand in Entfernung des ganzen Genitalschlauches. Zuerst vaginale Umschneidung der Knoten und Ablösung der Scheide, dann Laparotomie. Die Frau überstand den grossen Eingriff nicht. Es kann sich sowohl um Implantationsmetastasen als um Metastasen durch rückläufige Embolie gehandelt haben, da durch das Karzinom erhebliche Zirkulationsstörungen im Becken hervorgerufen sein können.)

256. Orthmann, E. G., Über Spätrezidive und Rezidivoperationen nach Uteruskarzinomoperationen. Der Frauenarzt. Nr. 3. p. 98—107. (In zwei Fällen hat Verf. ein Spätrezidiv beobachtet, $5^3/_4$ bzw. $7^1/_2$ Jahre nach der ersten Operation. Beide Male wurde die Entfernung vergeblich versucht. Verf. fordert deshalb eine genaue Beobachtung von Karzinomoperierten noch über das fünfte Jahr hinaus. Ausführliche Mitteilung der Krankengeschichten.)

257. Ott, Dm. v., Gebärmutterkrebs, Operation und Resultate. Referat, bestimmt für den XVII. Intern. med. Kongr. (6.—12. August) in London, aber nicht gehalten. La Presse méd. Nr. 64. p. 652 C. Wiener med. Wochenschr. Nr. 32. p. 1994. Als Original erschienen: Valeur comparée des procédés opératoires du cancer de l'utérus

et des résultats obtenus, in d. Annales de gyn. et d'obst. Tome 10. Sept. p. 497—501, sowie auch i. d. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 45. p. 2086—2088. (Siehe auch nächstes Referat!) (Die abdominale Operation des Gebärmutterkrebses mit Ausräumung der Lymphdrüsen ist nur in Ausnahmefällen zulässig, da die Erfolge dieser Operation die unmittelbare Gefahr der eingreifenden Operation nicht rechtfertigen. Die Operation der Wahl ist die vaginale Exstirpation, deren Resultate nicht schlechter sind als die der abdominalen. Operationen in verzweifelten Fällen, die nur die Möglichkeit der Operierbarkeit beweisen sollen, sind zu verwerfen, da die unmittelbare Gefahr des Eingriffes zu gross ist.)

258. — Vergleichende Bewertung der Methoden der Gebärmutterkrebsbehandlung und der erzielten Resultate. Russki Wratsch. Nr. 32. (Die abdominale Uteruskrebsoperation mit Drüsenexstirpation muss ad minimum eingeschränkt werden, weil die dabei erzielten Resultate in keinem Verhältnis zu dem primären Risiko stehen. Operiert muss werden nach der erweiterten vaginalen Methode, weil die Resultate denen bei der abdominellen Methode nicht nachstehen, die Gefahr aber der primären Sterblichkeit, sowie der Verletzungen von Nachbarorganen bei weitem geringer ist. In notorisch verlorenen Fällen ist es nicht recht, riskierte Operationsversuche zu machen, denn es ist unhuman, die Kranke einer zwecklosen Gefahr auszusetzen, zwecks Erhöhung des Operabilitätsprozentes.) (H. Jentter.)

259. Ottow, B., Hämatometra im 80. Lebensjahre, bedingt durch ein Korpuskarzinom bei erworbener Atresia cervicis. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 8. p. 275—279. (Bemerkenswert an dem Fall war, dass der senil atrophische Uterus einer 80jährigen noch eine ausgedehnte Hämatometra zustande brachte. Die Blutung stand nach lockerer Tamponade, worauf Patientin als inoperabel entlassen wurde. Exitus $^1/_2$ Jahr später; keine Sektion.)

260. Packard, H., A possible factor in the causation of cancer. Munity and immunity. Demineralized food. A cancer parasite. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 16. Nr. 2. p. 190 bis 199. (Verf. glaubt, die unter Einfluss der Kultur immer mehr zunehmende künstliche Salzverarmung unserer Nahrung einen Einfluss auf die mit zunehmender Kultur häufiger werdende Krebserkrankung zuschreiben zu müssen. Verf. tritt deshalb für eine Reform unserer diätetischen Küche ein. Analogie mit dem Tier- und Pflanzenreich. Die tierischen wie die pflanzlichen Geschwülste hält er als die Folgen einer parasitären Infektion, deren pathologisch-anatomischer Ausdruck die Zellwucherung ist.)

261. Parsamow, O., Die biologische Diagnostik der Schwangerschaft nach Abderhalden. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 25. p. 934—936. (Das Serum von Krebskranken wurde sowohl mit Plazenten wie mit koaguliertem Krebsgewebe aus der Gebärmutter dialysiert. Im ersten Falle war unter sechs Versuchen die Reaktion viermal positiv, im zweiten Falle unter sechs Fällen dreimal.)

262. Pauchet, V., Exstirpation de l'utérus cancéreux par voie vulvo-périnéale. Arch. prov. de chir. Févr. Nr. 2. p. 65—74. (Nur wenn gegen den abdominalen Operationsweg eine Kontraindikation besteht. Technik. Paravaginaler Schnitt nach Schuchardt. 10°/$_0$ Primärmortalität; 50°/$_0$ Dauerheilungen.)

263. — Cancer utérin: rôle de la cystoscopie; extirpation par le vagin élargi. La Gynéc. Déc. p. 728—740. Ref. La Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. 1914. Nr. 2. p. 146.

265. Pesharskaja, W., Mikrochemische Reaktionen der Oxydation lebender Gewebe, als diagnostisches Mittel bei malignen Tumoren in der Gynäkologie. Russki Wratsch. Nr. 46. (Verf. hat 102 Versuche angestellt, um die oxydierende Kraft lebender Gewebe zu prüfen. Als Reaktive dienten Tinct Guajaci mit Wasserstoffhyperoxyd und eine ex tempore bereitete Lösung von 1°/$_0$iger Jodtinktur und 3°/$_0$iger Wasserstoffhyperoxyd. In diese Reaktive (4ccm) wurden nun die zu prüfenden Gewebe (0,5 ccm) gebracht, wonach die Gewebe mikroskopisch untersucht wurden. Von normalen Geweben wies die grösste Menge von Peroxydasen Plazentargewebe auf, am geringsten war sie in Nabelschnur und Eihäuten. Alle übrigen Gewebe (äussere Haut, Scheidenschleimhaut, Mukosa des Mutterhalses und der Uterushöhle) ergaben fast gleiches Resultat: ihre oxydierende Kraft war nicht stark ausgeprägt. Veränderte Gewebe verhalten sich zur Reaktion verschieden. Fibromyome, harte krebsige Infiltrate, einfache Erosionen weisen verringerte Quantitäten von Peroxydasen auf. Weiche proliferierende Karzinome verhalten sich stark oxydierend zur T-ra Guajaci, reagieren jedoch verschieden auf Jodtinktur. Sarkome verhalten sich wie weiche Karzinome. Aus obigen Aus-

führungen ist ersichtlich, dass den in Rede stehenden Reaktionen wohl kaum eine grosse Bedeutung in der Diagnostik bösartiger Geschwülste zukommt.) (H. Jentter.)

266. Perazzi, P., Adenocarcinoma della mucosa uterina in donna già operata per tumore ovarico bilaterale maligno. La Ginec. Nr. 7. April. p. 193—202. (Italienisch.) (Kasuistisch; mit einer farbigen Tafel.)

267. Peterson, R., The present status of the radical abdominal operation for carcinoma of the uterus. Phys. and Surg. Vol. 35. Nr. 2. p. 63—67. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 16.

268. — Primary and end results of fifty-one radical abdominal operations for carcinoma of the uterus. Phys. and Surg. Vol. 35. Nr 4. p. 163—172. (Primärmortalität unter 51 Fällen betrug 19,6%. Nur bei acht Fällen liegt die Operation jetzt mehr wie fünf Jahre zurück; davon sind fünf rezidivfrei. Überhaupt traten bisher unter den 31 Cervixkrebsen 10 mal, unter den 11 Korpuskrebsen nur ein einziges Mal Rezidive auf.

269. Petö, Ernö, Klinikai és kórszövettani megfigy elések a méhráknak Wertheim-) mütéttel valógyógyitásáról. Orvosi Hetilap. Gyn. Nr. 3—4. (Bericht über 100 Fälle von Gebärmutterkrebs, welche an der Budapester Hebammenschule nach Wertheim operiert wurden. Die primäre Mortalität betrug 14%. Von den Operierten sind 15 nach 3—4 Jahren rezidivfrei, 10 als dauernd geheilt (— fünf Jahre —) zu betrachten. Die Grenzpartien der exstirpierten Teile wurden — obwohl sie makroskopisch gesund schienen — stets hystologisch untersucht und enthielten in 11 Fällen Krebszellen; vielleicht ein Anlass zu Rezidiven [?].) (Temesváry.)

270. — Klinische und pathologisch-histologische Beobachtungen über die Heilung des Gebärmutterkrebses mittelst der Wertheimschen Operation. Virchows Arch. Bd. 213. Heft 2/3. p. 470—503. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 43. p. 2115. (In dem bearbeiteten Material handelt es sich um 27 leichte und 71 schwere Kollumkarzinome. Das Resultat war: primäre Mortalität 14; ausgeheilt (fünf Jahre rezidivfrei) drei; 3—4 Jahre rezidivfrei 15; 1—2 Jahre rezidivfrei drei; sicheres Rezidiv in 23 Fällen; ohne Feststellung eines lokalen Rezidivs gestorben 13; keine Nachrichten bestehen über 20 Fälle. Verf. vertritt den Standpunkt, dass nicht die gründliche Exstirpation der regionären Drüsen, sondern die reichliche Totalexstirpation die Zunahme von Dauererfolgen garantiere. Die Exstirpation des Parametralgewebes und der Scheide sei die Conditio sine qua non der Radikaloperation.)

271. Petridis, P. A., Séro-diagnostic des tumeurs malignes: Réaction de v. Dungern. Lyon. chir. Nr. 2. 1 Févr. p. 133—150. Ref. La Presse méd. Nr. 20. p. 195. (Unter 14 untersuchten Fällen fanden sich sieben Fälle von malignen Tumoren. Fünf davon reagierten positiv; die zwei negativen waren ein Rektumkarzinom und ein Lymphosarcoma colli. Die sieben Fälle von anderen Krankheiten reagierten alle negativ. Technik einiger Verbesserungen der Methode. Im ganzen wurden 70 Fälle untersucht, von denen in 77% die Diagnose richtig war.)

272. — Über Serodiagnostik der Geschwülste nach v. Dungern. Münchn. med. Wochenschrift. Nr. 24. p. 1318—1319. Ref. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 28. p. 1175. (Es wurde die Reaktion ausschliesslich bei nicht genitalen Tumoren vorgenommen. Unter 17 Fällen von malignen Geschwülsten reagierten 13 positiv, drei negativ und einer zweifelhaft. Unter den 19 Fällen von anderen Krankheiten reagierten 16 negativ und drei positiv. Nach einer neueren Methode (Technik) wurden noch 21 weitere Fälle untersucht, die bis jetzt nicht veröffentlicht sind; darunter sind aber keine Genitaltumoren. In 81,2% stimmte die Diagnose. — Dieselbe Arbeit wurde auch französisch veröffentlicht; cf. Nr. 271.)

273. Philipp, R., Über die Behandlung inoperabler Tumoren mit Elektroselenium Clin. Prager med. Wochenschr. Nr. 34. p. 473—474. (Versuche an drei Fällen von Karzinom, Sarkom usw. Dieselben wurden nicht fortgesetzt, da kein nennenswerter Erfolg erzielt wurde, dagegen Schüttelfröste mit starker Zyanose, Krämpfen und andere nicht unbedenkliche Erscheinungen auftraten.)

274. Phillips, M., A case of perithelioma of the uterus. North of England Obst. and Gyn. Soc. Meeting in Leeds. April 18. Ref. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 23. Nr. 6. p. 428. (Kasuistisch.)

275. Pinkuss, A., und Kloninger, Zur Vakzinationstherapie des Krebses. III. Intern. Konf. f. Krebsforsch. in Brüssel. 1.—5. August. Als Original erschienen in Berl. klin. Wochenschr. Nr. 42. p. 1941—1942. Ref. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 48. p. 2002. (Verf. spricht die Hoffnung aus, dass es der Vakzinationstherapie gelingen möchte, die Erfolge, welche sich durch die Anwendung der Mesothoriumbestrahlung zur Ver-

meidung lokaler Rezidive im Operationsgebiet erzielen lassen, durch die kombinierte Anwendung einer geeigneten Vakzine zum Zwecke der Vermeidung vom Operationsgebiet entfernterer Rezidive oder Metastasen zu vervollkommnen.)

276. Pollosson, A., Résection de la veine iliaque externe au cours d'une hystérectomie pour cancer. Soc. de chir. de Lyon. Séance du 27 Févr. Ref. Revue de chir. Nr. 6. Juin. p. 909. La Gynéc. Nr. 3. Mars. p. 172—174. (Kasuistisch; er soll in 1909 schon vier derartige Fälle publiziert haben. Die Prognose wird dadurch keineswegs ungünstiger. Diskussion: Condamin und Vallas über die Frage, ob man die Drüsen mitentfernen soll oder nicht.)

277. Prym, P., Vollständige Entfernung eines Carcinoma uteri durch Probeauskratzung. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 26. p. 1247. (Bezieht sich auf die Publikation von Hess (s. d. Nr. 158). Verf. glaubt, dass es sich hier nicht um einen Fall von Spontanheilung, sondern um vollständige Herausbeförderung der karzinomatösen Massen aus dem Uterus durch die Curettage gehandelt hat. Er berichtet über einen ähnlichen Fall. Nach der Exstirpation des Uterus, acht Tage nach der Curettage, die hystologisch typisches Karzinom ergeben hatte, war an demselben nirgends etwas Verdächtiges zu finden. Die Frau ist seitdem seit zwei Jahren gesund. Es muss sich wohl um ein kleines polypöses Karzinom gehandelt haben.)

278. Pujol y Brull, Die abdominale Totalexstirpation nach Wertheim. XVII. Intern. med. Kongr. in London. 6.—12. August. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 37. p. 2083. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 38. p. 1864. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 39. p. 1834. (Verf. hat selbst in verzweifelten Fällen gute Resultate erzielt. Er hat bei allen geheilten Fällen eine auffallend grosse Zahl eosinophiler Zellen im Tumor gefunden. Während der Operation legt er Uretersonden ein.)

279. Ransohoff, J. L., Anaphylaxis in the diagnosis of cancer. Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. 61. Nr. 1. July. 5 p. 8—10. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 31. p. 1520. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 35. p. 1409. (Es besteht ein grosser Unterschied im Ausfall der anaphylaktischen Reaktion, wenn man sensibilisierte Meerschweinchen mit Blutserum behandelt, das von einem normalen oder einem an Krebs leidenden Individuum stammt. Die mit normalem Serum eingespritzten Meerschweinchen bekommen sehr heftige Anaphylaxieerscheinungen, während diejenigen, welche mit Serum von Krebskranken behandelt wurden, kaum Symptome zeigen. Verf. glaubt, dass das Serum Krebskranker eine spezifische Substanz enthält. An einer ganzen Reihe von Fällen hat Verf. nun diese Anaphylaxiereaktion praktisch erprobt und hat gefunden, dass dieselbe ein wesentliches Hilfsmittel zur Frühreaktion des Krebses darstellt. Ein positiver Ausfall der Reaktion deutet mit Sicherheit auf das Vorhandensein eines Karzinoms hin.)

280. Rawls, R. M., Cancer of the uterus. Med. Record. Nr. 20. p. 892—896. (Überblick über die Ergebnisse der internationalen Krebsstatistik. Besprechung der verschiedenen diagnostischen Hilfsmittel, chemische und biochemische Reaktionen und der operativen und nichtoperativen Therapie. Der Prozentsatz operabler Fälle ist in den Vereinigten Staaten wesentlich geringer als in Europa. Brettauer unter 15 000 gynäkologischen Fällen 26 inoperable und nur 19 operable, Polak unter 4000 Aufnahmen nicht ein operables Uteruskarzinom, Rames bei 1831 Patienten 46 Karzinome, von denen nur 23 operabel waren.)

281. Rieck, C. A., Die Extraperitonisierung der vaginalen Totalexstirpation. Ärztl. Verein in Hamburg. Sitzg. vom 20. Mai. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 34. p. 1661. (Rieck erstrebt mit seiner Methode eine grössere Lebenssicherheit, unbeschadet der Operabilität und der Radikalität. In $4^3/$ Jahren hat er 30 Fälle von Cervixkarzinom (83°/₀ Operabilität) nach seiner Methode operiert. Im Vertrauen auf die Ausschaltung der Bauchhöhle, die ein stundenlanges Operieren gestattet, ohne eine Peritonitis heraufzubeschwören, hat er auch Fälle angegriffen, die im allgemeinen wegen zu grosser Beteiligung der Blase als inoperabel gelten. So hat er einmal beide Ureteren abgeschnitten und in die Vulva eingenäht, um sie nachher, wenn die urinfreie, stark resezierte Blase geheilt sei, wieder in dieselbe einzuschneiden. Die Frau starb sechs Stunden post operationem. Von den 33 Fällen sind zwei an der Operation zugrunde gegangen, beide am 12. Tage. Eine Peritonitis und auch eine Beckenphlegmone als Vorstadium derselben hat Rieck nicht erlebt. Eine peritoneale Reizwirkung und dadurch qualvolle Rekonvaleszenz fällt ganz weg.)

282. Ries, E., Theoretical and practical foundations of the radical operation for carcinoma of the cervix uteri. The Journ. of the Amer. med. Assoc. Vol. 61. Nr. 14. Oct. 4. p. 1266 bis 1267.

283. Robin, A., Recherches sur les variations de l'acide phosphorique dans l'urine et le foie des cancéreux. ' Acad. d. scienc. Séance du 30 Juin. Ref. La sem. méd. Nr. 29. p. 346. Als Original erschienen in Bull. gén. de thérap. 30 Sept. Ref. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 49. p. 2049.

284. Rohdenburg, G. L., The blood catalase in malignant tumors. New York med. Journ. Vol. 97. Nr. 16. p. 824—826. (Untersuchungen an 67 Fällen. Die Bestimmung der Konstante dürfte als diagnostisches Hilfsmittel praktisch kaum in Frage kommen. — Genaue Angabe der Methodik.)

284a. Rohr, A., Ursache und Zweck der Krebsgeschwulst? Rundschreiben an die sächsische Ärzteschaft vom 30. April. Bautzen, Müller. 19 Seiten.

284b. Rollo, A., Importanza e significato del glicogene nei tumori. Ricerche sperimentali. Gaz. intern. di med., chir. i gyn. p. 145—153 u. 169—174. (In gutartigen Geschwülsten wurde kein Glykogen gefunden, dagegen immer in Sarkomen und Karzinomen, in letzteren mehr als in ersteren und besonders in den jugendlichen Zellen. In langsam wachsenden Geschwülsten war weniger Glykogen als in schnell wachsenden. Alle diese Eigenschaften können diagnostisch und prognostisch verwertet werden.)

285. Roncaglia, G., Über eine merkwürdige Komplikation einer Hysterektomie nach Wertheim wegen Uteruskrebses. Geb.-gyn. Ges. d. Emilia u. d. Marcken (Italien). Sitzg. vom 18. Mai. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Heft 5. p. 602. (Halskarzinom im Uterus unicornis durch linksseitige Beckenniere, welche in der Mitte des breiten Mutterbandes verlagert war, kompliziert. Dem Peritonealblatte, welches die Niere deckte, hafteten eine atrophische Tuba und ein Ovarium an. Die verlagerte Niere wurde exstirpiert, der rechte Harnleiter frei präpariert, dann wurde die Hysterektomie nach Wertheim ausgeführt. Nach der Operation reichliche Harnentleerung. Tod infolge Sepsis am zehnten Tage.)

286. — Über die abdominale Panhysterektomie nach Wertheim bei Krebs. Geb.-gyn. Ges. d. Marcken u. d. Emilia (Italien). Sitzg. vom 18. Mai 1912. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. Heft 2. p. 273. (18 derartige Operationen. Von den ersten 18 starben drei, von den übrigen keine mehr. In dem Mass, als die Scheide unterhalb der den Zentralstumpf verschliessenden Klemme durchtrennt wird, vernäht Roncaglia den peripheren Stumpf. Die Nähte werden durch die vaginale Wand angelegt, ohne hierbei die Schleimhaut mitzunähen.)

287. Roncali, B., Trattato dei neoplasmi maligni. Unione tipografico. Turin (2.— Lire.)

288. Rosenberg, M., Zur Frage der serologischen Karzinomdiagnostik; die Meiostagminreaktion. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 20. p. 926—928. (Der erste Teil dieser Arbeit ist in derselben Wochenschrift, 1912, Nr. 26 erschienen. Der Zweck war, nachzuweisen, dass die von Ascoli und Izur in die Meiostagminreakton beim Karzinom als Antigene eingeführten künstlichen Präparate klinisch brauchbare Resultate liefern. Aus den Tabellen scheint hervorzugehen, dass die Meiostagminreaktion mit künstlichen Antigenen Aussicht hat, sich zu einer brauchbaren klinischen Hilfsmethode auszuwachsen, da durch Vereinfachung der Antigenherstellung eine der hauptsächlichsten Schwierigkeiten behoben ist. Zu bemerken ist jedoch, dass eine Anzahl von Krankheiten, so vor allem die Leberzirrhose, vielleicht auch Pneumonie, schwere Tuberkulose und schwerer Diabetes häufig, wenn auch nicht regelmässig positiv reagieren, und ebenso scheint es sich mit dem Serum Gravider zu verhalten. Anderseits geben Hautkarzinome häufig eine negative Reaktion, ein Phänomen, das Verf. auch einige Male bei sehr weit vorgeschrittener Karzinose mit starker Kachexie, besonders kurz vor dem Exitus, beobachten konnte.)

289. Rosenfeld, S., Statistik der geographischen Verbreitung des Krebses. III. Intern. Konf. f. Krebsforsch. (1.—5. August) in Brüssel. Als Original erschienen i. d. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 37. p. 1469—1476. Nr. 38. p. 1501—1508.

290. Röthler, G., Die Zellersche Karzinombehandlung. Gyn. Ges. zu Breslau. Sitzg. vom 24. Juni. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Heft 3. p. 367. (Zwei Rezidivfälle nach Wertheimscher Operation sind durch die Behandlung sehr gebessert. Vortragender rät, zur Verhinderung von Rezidiven allen an Karzinom operierten Frauen das Mittel zu verabreichen.)

291. De Rouville, G., Pyoémie dans le cancer du col. La sem. gyn. Nr. 15. 15 Avril. p. 117—120. (Zwei Fälle, bei denen sich aus dem erheblich vergrösserten karzinoma-

tösen Uterus 150 resp. 200 ccm geruchlosen Eiters entleerte. Betrachtungen über Ursache und Entstehung der Eiteransammlung. Diagnose derselben, die immer möglich ist (Sonde, Katheter), wenn man nur an diese Komplikation denkt.)

292. Rowntree, C., The operative treament of inoperable cancer. The Brit. med. Journ. Nr. 2752. Sept. 27. p. 777—780. (Befürwortet die Palliativoperation.)

293. Roziès, H., La cuprase dans le cancer inoperable. (Über die Kuprase bei inoperablem Karzinom.) Gaz. d. hôp. Nr. 21. p. 327—329. Ref. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 20. p. 822. (Die Kuprase, kolloides Kupferoxydhydrat, bildet eine farblose Flüssigkeit, von der 5 ccm 0,00121 g reines Kupfer enthalten. Die Injektionen sollen keinerlei lokale oder allgemeine Reaktionserscheinungen hervorrufen und die Schmerzen bei Karzinom mildern, sowie eine Verkleinerung des Tumors bewirken. Der Verf. berichtet über vier Fälle. Der Erfolg war gering; die Injektionen verursachten stundenlang anhaltende Schmerzen.)

294. — et M. Arrivat, Traitement du cancer du col utérin inopérable. Gaz. des hôp. Vol. 86. Nr. 70. p. 1141—1150. Ref. Edinb. med. Journ. Vol. 11. Nr. 3. Sept. p. 264 bis 268. (Zusammenfassende Übersicht über die verschiedenen physikalischen und chemischen Behandlungsmethoden, wobei auch die Unterbindung der Gefässe, interstitielle Injektionen, Sero- und Vakzinotherapie, Injektionen von Kuprase und Elektroselenium, Radiumbestrahlung usw.)

296. Rubin, J. C., The early diagnosis of uterine cancer. Amer. Journ. of Surg. Vol. 27. Nr. 11. Nov. p. 411—419. Ref. The Brit. med. Journ. Nr. 2763. Dec. 13. Ep. of curr. med. litt. p. 83. (Regelmässige prophylaktische Untersuchung der Frauen im karzinomgefährlichen Alter. Ausgiebige Anwendung von Probecurettage und Probeexzision.)

297. Rüder, W., Radikaloperation des Uteruskrebses. Ärztl. Verein in Hamburg. Sitzg. vom 20. Mai. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 34. p. 1661. (Vortragender kann vier Fälle mitteilen, in denen die einfache vaginale Exstirpation Rezidivfreiheit nach 7, 11, 14 und 16 Jahren gebracht hat. Auffallenderweise bleiben manchmal Fälle, bei denen mit Sicherheit die Exstirpation des Krebses nicht habe im Gesunden vorgenommen werden können, trotzdem frei von Rezidiven, worauf Lomer vor Jahren hingewiesen habe, hervorhebend, dass die Patienten mit solchen günstigen Resultaten gewöhnlich eine längere Periode hohen Fiebers nach der Operation durchgemacht hätten. Rüder bemängelt die übliche Form der Statistik. Nicht der Operateur soll seine Statistik selbst aufstellen, sondern nach den Krankengeschichten solle eine unparteiische Kommission diese Arbeit übernehmen.)

298. Russell, R., Preventable cancer. London, Longmans, Green and Co. 1912. (167 Seiten, Preis Mk. 4.50.) Ref. The Lancet. Nr. 4665. Jan. 25. p. 249. (Statistische Untersuchung über den Zusammenhang zwischen Karzinom und geographische Lage, Ernährung, Beschäftigung usw.)

299. Russell, W. S., Diathermie (Nagelschmidt) and Electro-Coagulation (Doyen). Journ. of advanc. Therap. Jan. (Besprechung der Methoden und deren Anwendung im Krebshospital in New-York.)

300. Rzetkowski, K., Der gegenwärtige Stand der Frage bezüglich der nicht operativen Behandlung bösartiger Neoplasmen. Gazeta Lekarska. Nr. 15, 16. (Polnisch.) (v. Neugebauer.)

301. Sampson, J. A., Results of the radical abdominal operation for cancer of the uterine cervix. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 16. Heft 3. März. p. 304—308. (25 Fälle. Bei 12 wurden Drüsen mitentfernt, von denen in sieben sich Karzinom fand. Fünf Frauen sind im Anschluss an die Operation gestorben. Von sechs, bei denen die Operation mehr wie fünf Jahre zurückliegt, sind vier rezidivfrei und zwei an Rezidiv gestorben. Sampson plädiert für umfängliche Drüsenausräumung.)

302. Samuels, J., De diagnostische waarde van het proefcurettement. (Der diagnostische Wert der Probecurettage.) Geneesk. Tijdschr. v. Nederl.-Indie. Bd. 53. Heft 3. p. 449 bis 469. (Holländisch.)

303. Saxl, P., Über die Störungen im Eiweissstoffwechsel Krebskranker. Zugleich ein Beitrag zur Kenntnis der Rhodanausscheidung. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. in Wien. Sitzg. vom 15. Mai. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 22. p. 1236. Als Original erschienen in Biochem. Zeitschr. Bd. 55. Heft 3/4. p. 224—244 und Wiener med. Wochenschr. Nr. 28. p. 1730—1731. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 41. p. 1912. (Nicht speziell gynäkologisch.)

304. Schach-Asiss, J., Zur Kasuistik der malignen Neubildungen der weiblichen Geschlechtsorgane. Wratsch. Gaz. 1912. Nr. 50. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 14. p. 512. (Bei einer 50jährigen Patientin wurde wegen höckeriger Tumoren beider Eierstöcke Panhysterektomie nach Doyen ausgeführt. Bei der mikroskopischen Untersuchung wurde im Zervikalkanal Carcinoma simplex gefunden, in den Ovarien Karzinom, das von dem follikulären Epithel ausgegangen ist. Es soll sich um Zusammentreffen von primärem Karzinom in den Eierstöcken und in der Cervix handeln.)

305. Schäfer, P., Technik des Abderhaldenschen Fermentnachweises im Serum. Berl. med. Ges. Sitzg. vom 19. Juli. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 32. p. 1569. (Es wurden nach der Dialysiermethode 25 Uterinkrebse untersucht; davon gaben 15 positive, 10 negative Reaktion. Nach der optischen Methode gaben 17 Uterinkrebse alle negative Reaktion. Für die Fehldiagnosen gibt es zurzeit noch keine Erklärung. — Technik. — Fehlerquellen.)

306. Schenk, F., Zur Serodiagnostik der malignen Geschwülste. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 14. p. 529—530. (Nachprüfung der Methode v. Dungern, die noch nicht für die Praxis verwertbar sein soll.)

307. Schlimpert, H., Ein durch Operation geheilter Fall von solitärem Leberkarzinom. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Heft 3. Sept. p. 306—309. (Bei der unter der Diagnose Magenkarzinom vorgenommenen Operation fand sich ein Lebertumor, der im Gesunden exstirpiert wurde; die mikroskopische Untersuchung ergab einwandsfrei Karzinom. Patientin ist jetzt, nach vier Jahren, noch völlig gesund.)

307a. Schmidt, J. E., Über die Behandlung inoperabler Geschwülste. Reichs-Med.-Anz. Jahrg. 38. p. 161—166. (Übersicht.)

308. Schmidt, R., Das Krebsproblem in der Perspektive der inneren Medizin. Prager med. Wochenschr. Nr. 48. p. 659—663. (Antrittsvorlesung. Allgemein gehaltene Übersicht. Ätiologie, Serodiagnose, experimentelle Übertragungsversuche usw.)

309. Schottelius, A., Beginnendes Portiokarzinom. Ärztl. Verein in Hamburg. Sitzg. vom 20. Mai. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 34. p. 1661. (Das ganze Karzinom, durch Probeexzision histologisch erwiesen, besteht in einer kleinen zirkumskripten Erosion an der Portio, die durch stärkere Blutung die Frau zum Arzt getrieben hatte. In diesem Falle genügte eine gewöhnliche Vaginalexstirpation. Im übrigen wählt Schottelius sich die Operationsmethode nach dem besonderen Befund des Einzelfalles.)

310. Schottländer, J., Die von den Genitalgeschwülsten ausgehenden Metastasen in den übrigen Körperorganen. Die metastatischen Geschwülste in den weiblichen Geschlechtsorganen. Band: Spezielle Pathologie und Therapie des Handbuches: Die Erkrankungen des weiblichen Genitales in Beziehung zur inneren Medizin. (Supplement zu H. Nothnagel.) Wien und Leipzig, Alfr. Hölder.

311. — Über histologische Geschwulstdiagnostik im Bereiche der Gebärmutter. Arch. f. Gyn. Bd. 100. Heft 1. p. 225—231. (Polemik gegen Lubarsch (cf. Nr. 222), der die histologische Diagnose des Karzinoms und Sarkoms an ausgeschabten oder exzidierten Stückchen für unsicher erklärt hat, wenn er nicht beim Karzinom die völlig einwandfreien Zeichen destruierenden Wachstums bei der epithelialen Neubildung findet und beim Sarkom neben den Zeichen mangelhafter Reife die des starken oder sogar überstürzten Wachstums antrifft. Demgegenüber behauptet Schottländer, dass man durchaus nicht selten ein einziges in Blut und Fibrin eingebettetes Nest eines primär soliden (Plattenepithel-) Krebses, ebenso einige wenige isolierte drüsige Krebsimitationen ohne Mühe formal erkennen kann und dass beim Sarkom, wo vom destruierenden Wachstum nicht die Rede ist, der Beginn auf Grund der von Lubarsch angeführten, ganz wesentlich formal-morphologischen Merkmale erkannt werden kann.)

312. Schwalbe, J., Die Zellersche Krebsbehandlung. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 27. p. 1314—1316. Ref. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 33. p. 1343. (Eine Umfrage bei den Direktoren der chirurgischen Universitätskliniken Deutschlands, Österreichs und der Schweiz hatte als Ergebnis, dass alle ohne Ausnahme die Methode ablehnen. Heilungen wurden nicht erzielt.)

313. Schwarz, A., La Gynécologie en 1913. Paris méd. Nr. 22. p. 517—523. (Jahresübersicht, hauptsächlich über die französische Literatur. Es wird der Operationsresultate beim Uteruskarzinom besondere Erwähnung getan.)

314. Seeliger, F., Die Fulguration und ihre Erfolge bei der Behandlung des Krebses. Diss. Leipzig. August.

315. Sellei, J., Zur Chemotherapie der Tumoren beim Menschen. Zeitschr. f. Chemotherapie. Bd. 1. Heft 4. p. 406—411. (Verf. behandelt inoperable Karzinomkranke mit Autolysaten von Krebstumoren und Vanadium. Er erzielte keine Heilung, wohl aber lebhafte Reaktionen an den Geschwülsten, Reaktionen, die er auf das bei der Autolyse entstehende Cholin zurückführt. Mit den Cholinpräparaten von Werner und Szécsi (cf. Nr. 379) sah er bei manchen Fällen ganz frappante Resultate.)

316. Senge, J., Sekundäres Plazentarkarzinom. Gyn. Ges. zu Dresden. Sitzg. vom 16. Jan. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 21. p. 773. Als Original erschienen in Zieglers Beitr. Bd. 53. (Wird an anderer Stelle referiert.)

317. Sfakianakis, J., Uteruskarzinom (Chorioepitheliom) im Anschluss an eine Blasenmole. Diss. Berlin. Mai.

318. Sigwart, W., Über die Naht der grossen Beckengefässe bei der abdominalen Radikaloperation. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 74. Heft 1. p. 374—385. (Die A. und V. hypogastrica und die V. iliaca ext. sind gelegentlich unvermeidbaren Verletzungen ausgesetzt. Schilderung der Technik der Gefässnaht unter Verwendung des Carrelschen Nadelhalters und eigens für diesen Zweck konstruierter feinster Nadeln. In allen sechs im Auszuge mitgeteilten Fällen gelang es, die zum Teil sehr starken Blutungen durch Gefässnaht zu stillen. Fünf Frauen genasen von der Operation, eine starb an Peritonitis. Anhaltspunkte für eine Thrombosenbildung an der Nahtstelle wurden in keinem Falle gefunden.)

319. Simon, H., Die Behandlung der inoperablen malignen Geschwülste. Med. Sekt. d. Schles. Ges. f. vaterl. Kultur. Sitzg. vom 7. Nov. Ref. Deutsche med. Wochenschr. 1914. Nr. 4. p. 203. Als Original erschienen in Berl. klin. Wochenschr. 1914. Nr. 2. p. 56—60. (Bakteriotherapeutische, chemotherapeutische und Immunisierungsversuche haben bisher nicht gehalten, was man erwartet hatte, ebensowenig Cholineinspritzungen, kombiniert mit Radium- und Röntgenstrahlenbehandlung. Die Ergebnisse, die Wassermann mit dem Seleneosin erzielt hat, lassen hoffen, dass auf diesem Wege auch das Krebsmittel für den Menschen gefunden werden wird.)

320. Simson, H. J. F., Exhibition of specimens: 1. Carcinoma of body of uterus with pyometra. 2. Intracervical carcinoma — atrophic uterus. 3. Intracervical carcinoma spreading towards bladder. West London med.-chir. Soc. Meeting on Febr. 7. Ref. The Lancet. Nr. 4669. Febr. 22. p. 532.

321. Siredey, A., et H. Lemaire, De l'utilité d'un curettage explorateur pour le diagnostic précoce du cancer utérin. Congrès français de gyn., d'obst. et de péd. (25—29 Mars) à Lille. Ref. Ann. de gyn. et d'obst. Tome 10. Mai. p. 302. Revue de gyn. et de chir. abd. Tome 20. Nr. 4—5 (Avril-Mai). p. 535. Paris. méd. Nr. 22. p. 1015. La Gynéc. Nr. 5. p. 302. Presse méd. Nr. 30. p. 301. (Diskussion: Hartmann, Pozzi.) Als Original erschienen in Ann. de gyn. et d'obst. Tome 10. Mai. p. 280—289. (An der Hand von vier Beobachtungen wird der Nutzen der mikroskopischen Untersuchung der durch Probeauskratzung gewonnenen Schleimhautmassen besonders in zweifelhaften Fällen klargelegt. — Drei mikroskopische Bilder.)

322. Smith, A., Interesting complications of an Hysterectomy. Royal Acad. of Med. in Ireland. Sect. of Obst. Meeting on Dec. 13. 1912. Ref. The Brit. Med. Journ. Nr. 2715. Jan. p. 73. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 23. Nr. 3. March. p. 191. (Nach Entfernung des Uterus, bei der Toilette der Bauchhöhle, wurde der Operateur von einer Nadel gestochen, die im Dünndarm sass. Es wurden noch mehrere, im ganzen zehn, entfernt, von denen drei im entzündlichen und deswegen exstirpierten Blinddarm. Patientin muss diese Nadeln als Kind, in einem Paket, verschluckt haben.)

323. Smith, W., Epidiascope Demonstration of Altmanns granules in tissues at point of invasion by squamous carcinoma of the uterus. Sect. of Obst. and Gyn. of the Royal Soc. of Med. Meeting on Dec. 4. Ref. The Lancet. Nr. 4712. Dec. 20. p. 1766.

324. Spinelli, P. G., La vitalita e l'evoluzione del tessuto canceroso trapiantato; ed il biochimisme del tureno canceroso Arch. ital. di Gin. Vol. 16. Nr. 4. April. p. 102.

325. Spude, H., Erfolgreiche Behandlung von Gesichtskrebsen durch Einstichelung von Eisenoxyduloxyd, kombiniert mit Arseninjektionen. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 24. p. 1104—1105.

326. Ssamgin, Eine seltene Form von Gebärmutterkrebs. Wratsch. Gaz. Nr. 31. Sitzungsbericht der Ges. russ. Ärzte zu Moskau. (Die ganze Innenfläche der Gebärmutterhöhle war besät mit unzähligen Papillen, welche im Wasser analog den Darmvillen

sich bewegen konnten. Der Zervikalkanal war frei von diesen Wucherungen. Es handelte sich um Metaplasie des Drüsenepithels in mehrschichtiges Plattenepithel; letzteres drang tief ins Muskelgewebe ein. Diese Exkreszenzen imponierten als keratoide Papillen.) (H. Jentter.)

327. Stankiewicz, Demonstrationen zur Wertheimschen Operation mit Vorstellung einer vor zwei Jahren operierten Frau. Przeglad chir. i gin. Bd. 9. Heft 3. p. 344. (Polnisch.) (v. Neugebauer.)

328. Staude, C., 40 Jahre operativer Behandlung des Uteruskarzinoms. Ärztl. Verein in Hamburg. Sitzg. vom 6. Mai. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 20. p. 1120. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 22. p. 1040. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 33. p. 1621. (Staude berichtet über seine eigenen Erfahrungen, etwa 200 Fälle. Zum Vergleich der Laparotomieerfolge und der vaginalen Erfolge stellt Verf. aber auch in zwei Tabellen das Resultat verschiedener abdominaler und vaginaler Operateure zusammen. Jede Tabelle umfasst mehr als 1000 Fälle. Das Endresultat ist, dass die abdominale Methode mehr als die doppelte, fast die dreifache primäre Mortalität hat, wie die vaginale Methode und dass die absolute Leistung bei beiden Methoden gleich ist. Staude macht ferner darauf aufmerksam, dass er schon drei Fälle erlebt hat, in denen nach 8—10 Jahren post op. ein Rezidiv auftrat. Die fünf Jahre erscheinen also erschüttert. Diskussion: Berl. klin. Wochenschr. Nr. 24. p. 1135. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 34. p. 1661. Kümmell, Rieck (cf. Nr. 282), Schottelius (cf. Nr. 309), Eversmann (cf. Nr. 100), Callmann (cf. Nr. 62), Rueder (cf. Nr. 297), Deseniss (cf. Nr. 90).)

329. Sterling, S., Klinischer Vortrag über die Serodiagnose des Krebses. Medycyna i Kronika Lekarska. Nr. 1—2. (Polnisch.) (v. Neugebauer.)

330. Sternberg, W., Wir praktischen Ärzte und das Appetitproblem. Prager med. Wochenschrift. Nr. 9. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 23. p. 870. (Sternberg will beobachtet haben, dass Karzinomatöse und andere Kachektische einen entschiedenen Widerwillen gegen Fleisch und Fleischgerichte zeigen. Dieses Symptom soll differentialdiagnostischen Wert haben. Es ist kein Frühsymptom, aber prognostisch wichtig, weil es zeigt, dass das Karzinom aufhört lokal zu bleiben und in den Allgemeinzustand der Karzinosis übergeht. Es soll das erste Zeichen sein dafür, dass das Karzinom inoperabel ist. Die Kachexie soll eine Folge dieser Appetitlosigkeit sein. Besonders weiche Karzinome zeigen diese Nausea carcinomatosa; sie fehlt bei den langsam wachsenden Karzinomen des hohen Alters, ebenso bei den rasch zum Tode führenden Formen, sowie bei Zirrhosen.)

331. Stockmann, Klinische Beobachtungen über die Behandlung von Karzinom mittelst Antimeristem Schmidt. Prakt. Wratsch. Nr. 11 u. 12. (Antimeristem ist ein teures Präparat, welches eher schadet, als nützt.) (H. Jentter.)

332. Stratz, C. H., Heilung von Karzinom durch Probeauskratzung. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 31. p. 1141—1142. (Stratz schliesst sich der Ansicht von v. Hansemann (cf. Nr. 158) an, dass die vollständige Entfernung alles krebsig erkrankten Gewebes bei der Probeauskratzung nur ein glücklicher Zufall ist und dass auch eine fünfjährige Rezidivfreiheit nur die Wahrscheinlichkeit, nicht aber die wissenschaftliche Sicherheit völliger Heilung ergibt. Er teilt einen Fall mit, in dem er übereinstimmend mit Ruge in den ausgekratzten Massen Karzinom diagnostizierte, von dem sich in dem unmittelbar darauf exstirpierten Uterus nichts mehr nachweisen liess.)

332a. Strauch, F. W., Übertragungsversuche von Mäusekarzinom auf Kaninchen. Zeitschr. f. Krebsforsch. Bd. 12. p. 577—582. (Unter neun Impfungen nur zwei Versager. Der überimpfte Tumor bekam malignen Charakter, der sich bei der Passage steigerte, aber dabei die Virulenz gegenüber der Maus ganz einbüsste.)

333. Sturrock, W. D., The reaction of the blood serum as an aid to the diagnosis of cancer The Brit. med. Journ. Nr. 2752. Sept. 27. p. 780—782. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 47. p. 2644. (Bei 24 Krebsfällen wurde nach einer genau beschriebenen Methode, die eine Modifikation der 1906 von Moore und Wilson angegebenen darstellt, der Alkaligehalt des Serums um ein Geringes erhöht gefunden, gegenüber Kontrollversuchen bei nicht Krebskranken. Endgültige Schlüsse werden der kleinen Anzahl der Versuche wegen nicht gezogen, obschon wahrscheinlich in Zukunft von diesem Verfahren etwas zu erwarten ist.)

334. Széczi, S., Über die Wirkung von Cholinsalzen auf das Blut und über die Beeinflussung von Mäusetumoren durch kolloidale Metalle. Med. Klinik. 1912. Nr. 28. (Cholineinspritzungen — borsaures Cholin und das jodbenzolsaure Cholin — verursachen

eine der Röntgenwirkung ähnliche Veränderung des Blutes: nach vorübergehender Steigerung der Leukozytenzahl eine ziemlich langdauernde generelle Hypoleukozytose, Lymphopenie und vorübergehende Leukozytose. — Durch intravenöse, sowie subkutane Einspritzung von einem Gemisch von Cholin mit kolloidalem Selen-Vanadium (Clin) konnte zerstörende Wirkung auf Mäusetumoren beobachtet werden.)

335. Taussig, F. J., What are the best methods of educating american women concerning cancer? Amer. gyn. Assoc. Meeting at Washington. May 6—8. Ref. The Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 68. Whole Nr. 427. July. p. 92. Med. Record. Vol. 84. Nr. 5. p. 220 u. f. Als Original erschienen in Surg., Gyn. and Obst. Vol. 17. Nr. 5. Nov. p. 610—611. (Belehrung der Frauen und des Kranken pflegepersonals durch Wort und Schrift.)

336. Taylor, H. C., Discussion of papers on cancer of the uterus. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 16. Heft 3. p. 291.

337. — Educational work in carcinoma of the uterus. Amer. gyn. Assoc. Meeting at Washington. May 6—8. Ref. The Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 68. Whole Nr. 427. July. p. 91—92. Als Original erschienen in Surg., Gyn. and Obst. Vol. 17. Dec. Nr. 6. p. 720—723. (Vorschläge zur Organisation eines Kampfes gegen das Karzinom. Belehrung des Publikums, des Krankenpflegepersonals usw. Einrichtung staatlicher Untersuchungsstellen für pathologische Gewebe, Vorträge, Bücher usw.)

338. — Report of the comitee on ways and means in the matter of impressing physicians and educating the public in the necessity of early diagnosis and operation in cancer. Amer. gyn. Assoc. Meeting at Washington. May 6—8. Ref. The Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 68. Whole Nr. 427. July. p. 93—94. (Errichtung einer nationalen Organisation zur Förderung der Erkennung und frühzeitigen Behandlung des Karzinoms.)

339. Theilhaber, A., Die Prophylaxe der Karzinome. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 1. p. 10—12. (Auf gesundem Boden entsteht selten oder sogar wahrscheinlich niemals ein Karzinom. Die Erkrankung, die der Karzinombildung meist vorausgeht und die meist als die eigentliche Ursache der Entstehung des Krebses anzusehen ist, ist eine hochgradige Atrophie des subepithelialen Bindegewebes mit Schrumpfung der Bindegewebszellen, Verminderung ihrer Zahl, Stenose der Blutgefässe. Die häufigsten Ursachen, die zu dieser Erkrankung des Bindegewebes führen, sind Traumen, Narben und chronische Entzündungen. Die hierdurch betroffenen Stellen werden „narbig“ verändert: daselbst sind die Gefässe spärlich und meist verengt, die Bindegewebszellen ebenfalls spärlich und teilweise geschrumpft, die Proliferationskraft der letzteren ist vermindert. Im „Grenzkriege“ zwischen Epithel und Bindegewebe werden nun die Bedingungen für die Vermehrungsmöglichkeit der Epithelzellen wesentlich günstigere. Kann die Erkrankung des Bindegewebes geheilt, seine Ernährung rechtzeitig gebessert werden, so wird es häufig möglich sein, der schrankenlosen Vermehrung der Epithelzellen, der „karzinomatösen Degeneration“, vorzubeugen. Auf diesem Prinzip baut Verf. in bekannter Weise seine Prophylaxe der Karzinome und der Karzinomrezidive und bespricht deren praktische Anwendung. Wichtig ist seine Widerlegung der Behauptung, dass die Hyperämie im wachstumfördernden Sinne schädlich auf die Tumoren wirken könne.)

340. — Zur Frage von der operationslosen Behandlung des Karzinoms. Berl. klin. Wochenschrift. Nr. 8. p. 348—349. (Nach Ansicht des Verf. ist das Karzinom eine Erkrankung des Bindegewebes, die sich äussert in Atrophie des subepithelialen Bindegewebes bei schlechter Ernährung desselben, spärlichen atrophischen Bindegewebszellen mit verminderter Proliferationsfähigkeit, engen Blutgefässen. Die Therapie solle den Naturheilungsprozess der Karzinome nachahmen, also für lokale Hyperämie und allgemeine Hyperleukozytose Sorge tragen. Die Krankenhäuser sollten eigene Krebsabteilungen errichten zur weiteren Erforschung der Krankheit.)

341. — Der Einfluss des Klimakteriums auf die Entstehung der Karzinome der Genitalien. XV. Versamml. d. Deutsch. Ges. f. Gyn. 14.—17. Mai. zu Halle a S. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 25. p. 1231. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 26. p. 1455. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 27. p. 1282. Gyn. Rundschau. Heft 14. p. 529. Als Original erschienen in Gyn. Rundschau. Jahrg. 7. Heft 13. p. 469—472. (Cf. Nr. 345.) (Die Disposition zum Karzinom der Genitalien steht in umgekehrtem Verhältnis zum Reichtum des Bindegewebes an Zellen und an Blutflüssigkeit. Die Gründe für dieses Ver-

halten liegen in einer Störung des Gleichgewichtes zwischen Epithel- und Bindegewebszellen. Die Epithelzelle kann namentlich dann leicht vordringen, wenn schon ältere Prozesse vorhanden waren, die zu Zellarmut und Gefässarmut des Bindegewebes geführt hatten, wie ausgedehnte Narben und chronische Entzündungen. Bei der Behandlung des Karzinoms, sowie um Rezidive nach Operationen zu verhindern, erscheinen also alle die Methoden, die Hyperämisierung und Rundzelleninfiltration anregen, rationell. Hierher gehört die Diathermie, Saugglockenbehandlung, Massage, Einspritzungen von Uterussaft, Röntgenisation, Radium- und Mesothoriumbehandlung.)

342. Theilhaber, A., Die Entstehung des Krebses. 3. Intern. Konf. f. Krebsforsch. in Brüssel. 1.—5. Aug. Als Original erschienen in Berl. klin. Wochenschr. 1914. Nr. 13. p. 601—602.

343. — Können Karzinome spontan heilen? Deutsche med. Wochenschr. Nr. 27. p. 1314. (Richtet sich gegen den Artikel von Hess (cf. Nr. 158) und bejaht die Frage.)

344. — Der Einfluss der sozialen Lage auf die Entstehung von Geschwülsten. Krankheit und soziale Lage. Lieferung 3. p. 608—622. Lehmann, München. Ref. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 28. p. 1171. (Beziehung zwischen Beruf und durch ihn bedingte lokale Reizung bestimmter Gewebe als Entstehungsursache des Krebses; Beziehung zwischen sozialer Lage und Geschwulsthäufigkeit. Uterusmyome sollen bei reichen, Uteruskrebse bei armen Frauen häufiger sein.)

346. — Der Einfluss des Lebensalters auf die Entstehung des Karzinoms. 85. Versamml. Deutsch. Naturf. u. Ärzte in Wien (21.—27. Sept.) Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 42. p. 2369. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 44. p. 1825. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 47. p. 2210. Als Original erschienen i. d. Med. Klinik. Jahrg. 9. Nr. 44. p. 1805. (Je weniger Zellen das Bindegewebe besitzt, umso leichter dringt das Epithel in dieses ein. Jugendliches Bindegewebe ist sehr zellreich, das Bindegewebe alter Leute dagegen ist ärmer an Zellen. Dies ist ein Faktor, der die grosse Disposition alter Leute zum Karzinom erklärt. Ein zweiter Faktor ist die schlechte Blutversorgung der Gewebe alter Leute und ein dritter die mit dem Alter zunehmende Atrophie der blutbildenden Organe. Doch pflegen alle diese Momente nur dann die unaufhaltsame Wucherung des Epithels zu ermöglichen, wenn schon länger eine Schädigung des Bindegewebes der betreffenden Stelle durch Narbenbildung, chronische Entzündung usw. vorhanden war.)

347. — Die Nachbehandlung nach Beseitigung von Karzinomen. 85. Versamml. deutsch. Naturf. u. Ärzte in Wien (21.—27. Sept.). Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 42. p. 2369. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 43. p. 2124. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 44. p. 1825. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 47. p. 2210. (Die gewöhnlichen Theilhaberschen Theorien.)

348. — Zur Verhütung der Rezidive nach Krebsbehandlung. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 125. Heft 1 u. 2. p. 193—208. (Zusammenfassung der bekannten Anschauungen Theilhabers und der Konsequenzen für die Praxis. — Nach Exstirpation von Sarkomen empfiehlt sich lediglich prophylaktische Röntgenbehandlung, da hier die Hyperämie Rezidive veranlassen kann.)

349. — und H. Edelberg, Zur Lehre von der Multiplizität der Tumoren, insbesondere der Karzinome. Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1912. Bd. 117. Heft 5 und 6.

350. — — Zur Lehre von der spontanen Heilung der Myome und Karzinome. Zeitschr. f. Krebsforsch. Bd. 13. Heft 3. p. 461—499. Ref. Berl. klin. Wochenschr. 1914. Nr. 2. p. 82. (Spontanheilung der Karzinome durch primäre Schädigung der Epithelien, durch Veränderungen im Stroma, starker Proliferation von Bindegewebszellen und Rundzelleninfiltration, und hyperämische Prozesse im Mutterboden.)

351. Thies, J., Exstirpation der Harnblase bei Uterus-Blasenkarzinom. Med. Ges. zu Leipzig. Sitzg. vom 2. Dez. Ref. Münchn. med. Wochenschr. 1914. Nr. 5. p. 278. (Zwei Fälle. Bildung der Blase aus dem Rektum. Implantation der Ureteren. Anus praeternaturalis iliacus. Vorläufige Heilung beider Fälle und völlige Erwerbsfähigkeit. Der Urin kann 4—5 Stunden gehalten werden, in Ruhelage (also während der Nacht) etwa 10 Stunden. Die Schleimsekretion von seiten dieser neugebildeten Blase hat fast vollständig aufgehört; der Urin wird vollkommen klar entleert. Das kystoskopische Bild der Schleimhaut der Mastdarmblase ist ganz ähnlich der normalen Blasenschleimhaut, blass und reichlich mit Gefässen versehen. — Ausführliche Mitteilung der Operationstechnik.)

351a. Thomas, J., Le diagnostic et le traitement des cancers inopérables. Paris, A. Maloine. (Preis Frs. 3.—.)

351b. Titus, E. C., A new method of treating neoplasms by metallic arsenic and the fulguration spark. Intern. Journ. of Surg. Vol. 26. Nr. 6. p. 226—227. (Durch den Gebrauch von Arsenelektroden für die Fulguration gehen Arsenpartikelchen in die fulgurierten Gewebe über, was Verf. mikroskopisch nachweisen konnte. Gute und schnelle Wirkung nach zweijähriger Erfahrung.)

352. Touche, Du sélénium colloidal électrique dans le traitement du cancer. Soc. méd. d. Hôp. de Paris. Séance du 21 Févr. Ref. Bull. et mém. de la Soc. méd. d. hôp. de Paris. 29 Année. p. 451—460. Prov. méd. Année 26. p. 131. Arch. gén. de méd. Juin. p. 556. (27 Fälle wurden mit wöchentlichen Einspritzungen von 5 ccm Elektroselenium behandelt, unter denen vier Uteruskarzinome. Heilung trat nicht ein, aber die klinischen Erfolge waren trotzdem günstig. Als Palliativmethode ist diese Behandlung sehr zu empfehlen.)

353. Tourneux, J. P., et E. Saint-Martin, Fibrome et cancer de l'utérus. Soc. anat.-clin. de Toulouse. Séance du 22 Févr. Ref. Toulouse méd. Tome 15. Nr. 6. p. 114 bis 118. La Presse méd. Nr. 34. p. 344. (Siehe „Myome", Nr. 175.)

354. Trinkler, Zur Behandlung der Neubildungen mit kolloidalen Lösungen schwerer Metalle in Verbindung mit Cholin. Chirurgia. 1912. Okt. (Verf. hat in mehreren Fällen von Karzinom subkutane, intramuskuläre, intratumorale und intravenöse Injektionen von Elektroselenium, β-kolloidale Duhamel und von Cholinpräparaten gemacht. Nebenwirkungen kamen nicht zur Beobachtung; einige Besserung.)
(H. Jentter.)

355. Turnbull, A., On the genesis of cancer. The Brit. med. Journ. Nr. 2754. Oct. 11. p. 905—906. (Es soll ein Zusammenhang bestehen zwischen mechanischem Insult und Karzinom.)

356. Tweedy, E. H., Cancer of the uterus removed by Wertheims Hysterectomy. Royal Acad. of med. in Ireland. Meeting of Febr. 7. Ref. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 23. Nr. 5. May. p. 347. (Patientin hat Vortragender konsultiert wegen starker Blutungen. Wie sich nach Entfernung des Uterus herausstellte, wurden dieselben verursacht durch ein kleines submuköses Fibromyom [und das Karzinom? Ref.].)

357. Underhill, F. P., and L. L. Woodruff, Protozoan protoplasm as indicator of pathologic changes: in carcinoma. Journ. of Biol. Chemistry. Vol. 15. Nr. 3. Sept. Ref. The Journ. of the Amer. med. Assoc. Vol. 66. Nr. 14. p. 1325.

358. Unterberger, jun., F., Carcinoma corporis bei Uterus duplex unicollis. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 28. Juni. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 38. p. 1858. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Heft 3. p. 360. (Unter der Fehldiagnose Myom wurde die Radikaloperation ausgeführt. Erst nachher fand sich das Karzinom. Ein solcher Fall wäre durch die moderne Röntgenbehandlung sicher verschleppt worden.)

358a. — Zur Diagnose des Carcinoma uteri. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 28. Juni. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Heft 3. p. 360. (Ein Fall von Metritis chronica mit Schleimhautpolypen im Fundus, deren Basis zunächst noch gutartig war, die aber dann doch in typisches Karzinomgewebe übergingen. Wäre in diesem Falle eine Abrasio vorgenommen worden, so hätte man aus dem mikroskopischen Befunde der Curettage ein Karzinom diagnostiziert, bei einer späteren Totalexstirpation aber nichts mehr von Karzinom im Uterus finden können.)

359. Veihel, The extended abdominal radical operation for cancer of the uterus. Surg., Gyn. and Obst. March. p. 251.

360. Violet, H., Opération de Wertheim pour carcinome du col de l'utérus. Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. 8 Année. Nr. 3. p. 176—179. (Kasuistisch. Ausbreitung des Cervixkarzinoms ins Lig. latum mit Einschluss des Ureters und der korrespondierenden Blasenpartie. Ligatur des Ureters und Blasenresektion; sekundäre Vesikovaginalfistel, Heilung derselben durch eine zweite Operation; rezidivfrei bis jetzt seit einem Jahre.)

361. — et J. Murard, Des renseignements fournis par l'exploration urinaire dans les indications opératoires du cancer de l'utérus. Revue de Gyn. et de chir. abd. Vol. 20. Nr. 2. p. 129—142. (Verff. halten den kystoskopischen Befund für sehr wichtig in bezug auf die Operabilität des Falles. Der Schwere ihrer Bedeutung nach beschreiben sie die Veränderungen in der folgenden Reihenfolge: die Vorwölbung der Blasenwand, das Ödem der Schleimhaut, die Faltung und die Anämie derselben, welche alle infolge Veränderungen des submukösen Gewebes entstehen, die Ulzerationen und die Ge-

websneubildung. Auch den Veränderungen der Ureterenmündungen wird grosser Wert anerkannt, weniger den Anomalien der Urinentleerung (Chromokystoskopie). Wenn ein Ureter bei der Operation verletzt wurde, ist es sehr wichtig, wenn vorher durch kystoskopische Untersuchung das Verhalten des Ureters der anderen Seite festgestellt worden ist. Ausführliche Mitteilung der Krankengeschichten von 21 Fällen.)

362. Vörner, H. H., Zellers Silizium- und Arsenbehandlung des Krebses. Med. Ges. zu Leipzig. Sitzg. vom 11. März. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 20. p. 1120. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 17. p. 802. (Vortragender kommt zu dem Schluss, dass eine operationslose Behandlung mit Chemikalien zurzeit nur für den Hautkrebs anzuerkennen sei. Hier können allerdings auch bedeutendere Affektionen noch nach dieser Methode geheilt werden. — Alexander teilt in der Diskussion drei ausführliche Krankengeschichten mit von Frauen, bei denen sich Mammakarzinom unter Einfluss der Zellerschen Behandlung besserte. Herzog demonstriert die dazu gehörigen pathologisch-anatomischen Präparate. Buchbinder berichtet über einen Besuch bei Zeller. 12 von 14 von Payr behandelten Fällen sind gestorben und den zwei übrigen geht es sehr schlecht. Zweifel kommt aus eigener Erfahrung zu dem Schluss, dass es eine Sünde wäre, in einem operablen Falle die Pastenbehandlung zu versuchen und die Operation abzulehnen oder zu verhindern.)

363. Waledinsky, J., Zur Frage über karzinomatöse Leukozytose. Russki Wratsch. Nr. 44. p. 1528—1529. (Zahlreiche Untersuchungen haben erwiesen, dass bei Karzinom die Leukozytenzahl im Mittel 10 000 beträgt (bis 30 312). Die Leukozytose hängt ab von einer Vergrösserung der Neutrophilenzahl (72% statt 65%; 9966 statt 3900); der Prozentsatz der Leukozyten ist geringer, aber ihre absolute Zahl ist grösser als in der Norm (2,4—40%). Einkernige Formen geben keine sichtbare Abweichung von der Norm. Die Zahl der Eosinophilen ist verringert. Die Zahl der Basophilen unverändert. Für Karzinom ist also charakteristisch eine neutrophile Leukozytose mit relativer Verringerung der Lymphozyten.) (H. Jentter.)

363a. Walker, C. E., Fact and fancy in cancer research. Practitioner. Vol. 91. Nr. 6. p. 798 bis 806. (Ablehnung der Wassermannschen Erfolge mit Eosinselenium.)

364. — and H. Wittingham, Chemotherapie der malignen Geschwülste. The Lancet. Nr. 15. March. (Wassermann und Neuberg konnten durch intravenöse Einspritzung von Eosinselenpräparaten in den toxischen nahegelegenen Dosen Einschmelzung von Mäusetumoren erzielen. Dies ist irrtümlich auf eine spezifische Zellwirkung bezogen worden. Die Hauptwirkung dieser Präparate ist eine periphere Gefässkontraktion, die ihrerseits wieder eine Gefässerweiterung und Überdruck im Tumor und damit Hämorrhagien und Erweichung erzeugt. Die Verff. erzielten dasselbe durch intravenöse Einspritzung von Pituitrin und Ernutin, die beide eine Gefässkontraktion veranlassen. Die Resultate bezüglich Hämorrhagien und Einschmelzung der Tumoren waren dieselben wie die von Neuberg und Wassermann. Die Zukunft wird derjenigen Therapie gehören, die eine Vereinigung eines gefässkontrahierenden und so die Tumorgefässe dilatierenden und eines spezifisch auf die Zellen des Tumors einwirkenden Mittels darstellt.)

365. Warthin, A. S., Heredität bei Karzinom. Arch. of intern. Med. Nov. Ref. Deutsche med. Wochenschr. 1914. Nr. 6. p. 298. (Statistische Zusammenstellung über 1600 Fälle von Karzinom aus dem pathologischen Institut der Universität Michigan. In ungefähr 300—400 Fällen konnte eine genaue Familienanamnese erhoben werden. Dabei liessen sich vier Karzinomfamilien mit Heredität durch 3—5 Generationen hindurch feststellen. Verf. kommt aus weiterer Nachforschung und Untersuchung zum Schluss, dass Karzinomanlage in gewissen Familien vererbt wird, gleichzeitig mit Empfänglichkeit gegen Tuberkulose und Beschränkung der Fortpflanzungsfähigkeit.)

366. Wassermann, A. v., Über die wissenschaftlichen Grundlagen der Serodiagnostik. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 24. p. 1331—1334. (Allgemein gehaltener Vortrag, gehalten vor dem Landesverband für das ärztliche Fortbildungswesen in Bayern am 17. Mai in München.)

367. Weber, Fr., Über die Fortschritte der Krebsbehandlung. Petersb. med. Zeitschr. Jahrg. 38. Nr. 10. p. 112—117. (Empfehlung der erweiterten Operationsmethoden mittelst des Cold-Cauter mit nachfolgender prophylaktischer Röntgenbestrahlung. Für die inoperablen Fälle Fulguration und Elektrokoagulation, sowie Radium- und

Röntgentherapie zur Schmerzlinderung. Verf. verspricht sich in der Zukunft viel von der Chemotherapie.)

368. Weibel, W., The extended abdominal radical operation for cancer of the uterus. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 16. Nr. 3. March. p. 251—254. Ref. Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. Nr. 9. Sept. p. 562. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 23. Nr. 6. p. 410. (In den letzten 14 Jahren kamen 1430 Fälle zur Beobachtung, von denen 684, also 50%, inoperabel waren. Unter den letzten 175 waren 55% operabel. Die Primärmortalität hat von 30% der ersten 100 Fälle auf 9% der letzten 175 abgenommen. Von 675 leben 380 noch seit länger wie fünf Jahren.)

369. — Abdominal radical operation in cervical cancer of the uterus. XVII. Intern. med. Kongr. in London. 6.—12. August. Sect. for Obst. and Gyn. Ref. The Brit. med. Journ. Nr. 2747. August 23. p. 479. The Lancet. Nr. 4695. August 23. p. 559. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 37. p. 2083. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 38. p. 1864. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 39. p. 1834. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 46. p. 1924. (Die Scheide wird mit in 5% Argentum nitricum-Lösung getränkter Gaze austamponiert. Das Peritoneum soll ganz geschlossen werden. Falls Implantation eines verletzten Ureters in die Blase, die Scheide oder das Rektum nicht möglich, so soll die Niere exstirpiert werden. In den letzten 214 Fällen wurde keine Nekrose des Ureters mehr beobachtet. Die Totalmortalität von 714 Fällen war bisher 16,6%. 186 Fälle sind seit mehr wie fünf Jahren rezidivfrei, obschon bei 14 zur Zeit der Operation die regionären Lymphdrüsen infiltriert waren. Die Operabilität betrug 50%.)

370. — Die klinische Stellung des Carcinoma corporis uteri. Arch. f. Gyn. Bd. 100. Heft 1. p. 135—172. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 35. p. 1701. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 38. p. 1771. (Gestützt auf 67 tabellarisch mitgeteilte Fälle aus Wertheims Klinik präzisiert Verf. das operative Verfahren der Klinik bei Korpuskarzinom. Auch in beginnenden Fällen soll, wenn irgend möglich, die Laparotomie und Totalexstirpation des Uterus samt den Adnexen vorgenommen werden. Je nach der Qualität des Falles soll die Exstirpation eine erweiterte oder einfache sein, erstere nur mangels von Kontraindikationen. Bei Feststellung des Übergreifens des Karzinoms vom Korpus auf das Kollum ist der Fall unter allen Umständen so wie ein primäres Kollumkarzinom, also möglichst radikal zu behandeln. Bei vorgeschrittenem Korpuskarzinom ist unbedingt die erweiterte Radikaloperation auszuführen. Die Kontraindikationen sind dieselben wie beim Kollumkarzinom, jedoch muss die Altersgrenze gegen das letztere hinaufgesetzt werden, da sonst zu viele Fälle von der Operation ausgeschlossen werden müssten. Nur bei strikte kontraindizierter Laparotomie ist die vaginale Operation vorzunehmen. Da relativ häufig Metastasen in den Ovarien bestehen, sind bei jeder Operation die Adnexe mit zu entfernen. Die nur selten ergriffenen Inguinaldrüsen werden entweder nach Abschluss der Bauchoperation separat oder im Zusammenhang mit den vom Uterus her entlang dem Ligamentum rotundum zu ihnen ziehenden Lymphbahnen entfernt.)

371. — Weitere Beobachtungen über das Verhalten der Ureteren nach der erweiterten abdominalen Karzinomoperation. Zeitschr. f. gyn. Urol. Bd. 4. Heft 4. p. 138—158. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr 41. p. 2010. (Bericht über 335 Fälle. Der erste Teil der Arbeit beschäftigt sich mit dem Verhalten des unverletzten Ureters, der zweite behandelt die Verletzungen des Ureters. In 6% der Fälle kam es zur Ureterfistelbildung. Mehrere besonders interessante Fälle werden kurz mitgeteilt. In 43% der Fälle trat Spontanheilung ein. In 11 Fällen wurde der resezierte Ureter implantiert, davon heilten 10, einmal riss der Ureter bald nach der Operation aus. Die Exaktheit der Implantationsarbeit ist das Wichtigste.)

372. Weil, R., Über die Wirkung des kolloidalen Kupfers und die Kriterien der Therapie beim menschlichen Karzinom. Journ. of the Amer. med. Assoc. Vol. 61. Nr. 13. Sept. 27. p. 1034—1040. Ref. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 47. p. 1959. (Täglich wiederholte intravenöse Injektionen von einer kolloidalen Kupferlösung mit 30 mg Kupfer pro Liter. Für jede neue Injektion wird wegen der Gefahr der Phlebitis und Periphlebitis eine andere Vene benutzt. Die Phlebitis ist nicht septischer Natur, Embolie und Infarktbildung wurde nicht beobachtet. Dagegen ausnahmslos Abnahme des Körpergewichtes und des Hämoglobins. Die Schädigung der Nieren gibt sich durch Albuminurie kund. Aus der Gesamtheit der Erfahrungen (12 Fälle) geht hervor, dass eine Destruktion von Tumorgewebe in keinem Falle erzielt wurde.)

373. Weinberg, W., Zur Statistik des Cancer à deux. Zeitschr. f. Krebsforsch. Bd. 13. Heft 3. (Polemik gegen Rosenfeld-Wien über die Frage, wie die Statistik über

Krebstodesfälle geführt werden soll und ob man die Todesursache der verstorbenen Ehegatten verwitweter Krebstoter auf den Totenscheinen berücksichtigen soll.)

374. Weinbrenner, K., Zirkumskriptes Carcinoma adenomatosum cylindro-epitheliale der Flexura sigmoidea. Med. Ges. zu Magdeburg. Sitzg. vom 27. Febr. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 22. p. 1232. (Wurde mit Karzinom des Genitalapparates verwechselt.)

375. Weishaupt, E., Über eosinophile Leukozyten in entzündlichen Infiltraten, besonders der mit und ohne Strahlenbehandlung vorbehandelten Uteruskarzinome. Arch. f. Gyn. Bd. 101. Heft 2. p. 489—500.

375a. Weller, C. V., Age incidence in carcinoma. Arch. of internal med. Vol. 12. Nr. 5. p. 539—545. (Statistisches Material des Jahres 1910 für den Staat Michigan. Nicht speziell gynäkologisch.)

376. Wenulet, F. F., Über multiple Geschwülste. Russki Wratsch. Bd. 12. Nr. 21. p. 159—163. (Auffallend ist das seltene Vorkommen mehrerer primärer bösartiger Neubildungen. 1. Die 38jährige Patientin starb an einem Portiokrebs. Die Sektion ergab Adenokarzinom der Schilddrüse, gangränösen Krebs des Scheidenteils, rektovaginale Fistel, Metastasen in den Mesenterialdrüsen. 2. Die 60jährige Patientin starb an Magenkrebs. Die Sektion ergab: ulzeriertes Adenokarzinom der kleinen Kurvatur mit Perforation; eitrige Peritonitis. Metastasen in den retroperitonealen Drüsen und in der Leberpforte. Krebs der Portio vaginalis. 3. Kankroid der Unterlippe. Adenokarzinom des Magens. — Verf. legt seinen Untersuchungen die atreptische Theorie zugrunde. Es ist möglich, dass derselbe ätiologische Faktor an mehreren Stellen synchronisch die Tumoren zum Wachstum bringt. Andererseits ist es möglich, dass die Tumoren in verschiedenen Zeitpunkten wachsen und dass eben biologische Veränderungen der ersten Geschwulst das Entstehen der zweiten bedingen, wobei letztere an Grösse und Malignität die erste weit übertreffen kann. Es wäre falsch, eine besonders schädliche Wirkung multipler Tumoren auf den Organismus zu erwarten. Im Gegenteil: die Metastasenbildung kann schwach ausgeprägt und das Wachstum der Geschwülste langsam sein. Alles spricht gegen die parasitäre Theorie der Tumoren und für die Zelltheorie.) (H. Jentter.)

377. Werder, X. O., The cautery in the radical treatment of cancer of the cervix. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 16. Heft 3. March. p. 272—280. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 29. p. 1084. La sem. méd. Nr. 40. p. 477. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 23. Nr. 6. p. 411. (Technik der kombiniert vaginal-abdominalen Igniexstirpation des Uterus, deren Vorteile in exaktere Blutstillung, Sterilisation der Schnittflächen, Zerstörung der Infektionserreger in den Parametrien durch einen „Kochprozess" der Gewebe bestehen, wodurch gleichzeitig auch die Möglichkeit der Vernichtung von Krebszellen in den Geweben bestehen soll. Bei einer Operabilität von 38% wurden so 78 Fälle operiert mit einer primären Mortalität von 5,1%, wobei kein Fall an Infektion gestorben ist. Fünf Jahre nach der Operation lebten noch 46% der Operierten. Da aber mehrere Fälle noch nach dem fünften Jahre an Rezidiv erkrankten, berechnet Verf. die Dauerheilungen auf $33^1/_3$%. Für die Operationsstatistiken ist eine längere Rezidivfreiheit wie der übliche Termin von fünf Jahren erforderlich (cf. Dickinson, Nr. 92).

378. Werner, R., Die nichtoperativen Behandlungsmethoden der bösartigen Neubildungen. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 10. p. 435—441. Ref. The Brit. med. Journ. Nr. 2726. March 29. p. 681. (Erschöpfende Zusammenfassung. Greifbare Erfolge mit Kalium- und Natriumsilikat (Zeller), das in zahlreichen Fällen als Lösung und in Pulverform verordnet wurde, kann Verf. bisher nicht aufweisen. Im speziellen berichtet er über die von ihm betriebene Radiochemotherapie (Cholineinspritzungen + Röntgen-, Radium- und Mesothoriumbestrahlungen): Von 171 sehr verschiedenen, primär inoperablen oder rezidivierten malignen Tumoren desolatester Art aus dem Sommer und Herbst 1912 war bei 21 (= 12%) eine sehr wesentliche Besserung, bei 28 (= 16%) eine beträchtliche, aber doch weniger weitgehende Rückbildung zu konstatieren.)

379. — und S. Szécsi, Experimentelle Beiträge zur Chemotherapie der malignen Geschwülste. Zeitschr. f. Chemotherapie. Bd. 1. Heft 4. p. 357—405. (Durch intravenöse und subkutane Injektion von einigen Cholinsalzen, gemischt mit kolloidalen Schwermetallen war es möglich, Mäuse- und Rattentumoren zum Verschwinden oder wenigstens in weitgehendem Masse zur Rückbildung zu bringen. Die angewandten Mittel hatten eine spezifische Wirkung auf die Tumoren.)

380. Wertheim, E., Der Krebs der Gebärmutter (Kollum und Korpus); Technik der Operation und Leistungen. Referat für den XVII. Intern. med. Kongr. in London, 6.—12. August, bestimmt, aber nicht abgehalten. Als Original erschienen i. d. Wiener med. Wochenschr. Nr. 41. p. 2661—2663 und i. d. Annales de gyn. et d'obst. Tome 10. Sept. p. 502—506. Ref. The Brit. med. Journ. 1914. Nr. 2766. Jan. 3. Ep. of curr. med. litt. p. 3. (Von 1501 Kollumkarzinomen waren 50% (712) inoperabel. Das Erkennen der Inoperabilität erfolgte in 99 Fällen erst durch die Explorativlaparotomie. Die Operabilität hat infolge des besseren Materials seit dem 500. Falle um 7,5% zugenommen. Die Resultate waren: von 450 radikal operierten Fällen sind nach fünf Jahren 186 rezidivfrei befunden worden, d. i. 42,5%. Die absolute Leistung beläuft sich allerdings nur auf 20%. Unter den nach fünf Jahren Rezidivfreien sind 14, in denen zur Zeit der Operation die regionären Lymphdrüsen bereits karzinomatös waren. Auf 100 Fälle von Kollumkarzinom kommen in Wertheims Statistik nur fünf Fälle von Korpuskarzinom. Die regionären Lymphdrüsen wurden in ca. 16% der Fälle karzinomatös befunden. Die Laparotomie verdient zur erweiterten Radikaloperation des Korpuskarzinom den Vorzug über der vaginalen Methode. — Tabellen. — Technik der Operation.)

381. Wilhen, Über einen mit Selenium behandelten Fall von Uteruskarzinom. Gazeta clinica. 1912. Bd. 10. Nr. 11.

382. Wilson, H. W., The early diagnosis and operativ treatment of carcinoma of the cervix. The Brit. med. Journ. Nr. 2763. Dec. 13. p. 1523—1526. (Fortbildungsvortrag. Nichts Neues. Die meisten Frauen kommen in zu weit vorgeschrittenem Stadium zur Operation, weil das Cervixkarzinom wenig und erst spät Symptome macht, wenn nämlich bei eingetretener Ulzeration Blutung auftritt. Das wichtigste Frühsymptom ist geringe Blutung oder Abgang von blutigem Schleim nach dem Koitus.)

383. Woglom, W. H., Studies in cancer and allied subjects: the study of experimental cancer. New York: Columbia University Press. (288 Seiten.) Ref. The Lancet. Nr. 4712. Dec. 20. p. 1775.

384. Wolff, J., Die Lehre von der Krebskrankheit von den ältesten Zeiten bis zur Gegenwart. III. Teil, 1. Abt. Statistik. Tier- und sog. Pflanzenkrebs. Mit 88 Tabellen im Text. Verlag G. Fischer in Jena.

385. Wolfsohn, G., Über Serodiagnostik des Karzinoms. Arch. f. klin. Chir. Bd. 101. Heft 1. p. 247—288. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 35. p. 2212.

386. Wolpe, J., Die chemischen Eigenschaften des Harns bei karzinomatösen Erkrankungen der inneren Organe und ihre diagnostische Bedeutung. Prakt. Wratsch. Nr. 6 u. 7. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 29. p. 1623. (Die von E. Salkowski empfohlene Reaktion des Harns auf seinen Gehalt an kolloidalem Stickstoff ist zwar nicht streng spezifisch, stellt aber ein wichtiges Hilfsmittel für die Frühdiagnose karzinomatöser Erkrankungen dar, da sie häufig einen Zerfallsprozess der Stickstoffsubstanzen in den Initialstadien des Krebses innerer Organe anzeigt, wo klinische Erscheinungen sich noch nicht geltend machen. Allerdings passiert es des öfteren, dass bei notorisch Krebskranken die Reaktion von Salkowski kein positives Resultat ergibt und andererseits bei normalen Personen der Gehalt an kolloidalem Stickstoff merklich erhöht ist. Auch wird ein gesteigerter Koeffizient ebenfalls bei anderen Erkrankungen gefunden; er erreicht jedoch nie auch nur annähernd die gleichen Werte wie bei Krebs, so dass Grund vorhanden ist, die Salkowskische Reaktion auf kolloidalem Stickstoff als für Karzinom pathognomonisch zu betrachten und ihre Anstellung beim leisesten Verdacht auf krebsige Natur der Erkrankung zu empfehlen.)

387. Wolter, B. A., Die Diagnose karzinomatöser Erkrankungen nach E. Abderhalden. Russki Wratsch. Jahrg. 12. Nr. 32. p. 1120—1122. (Bei Verwendung des Dialysierverfahrens erzielte Verf. mit Seren von Krebskranken richtige Diagnosen in 100% der Fälle und mit Seren von Nichtkarzinomatösen negative Resultate in 93,4%. In der Abderhaldenschen Reaktion besitzen wir somit ein sehr wertvolles diagnostisches Hilfsmittel, besonders wenn gleichzeitig Schwangerschaft mit Sicherheit auszuschliessen ist. Einige Beobachtungen weisen darauf hin, dass das Verfahren auch für die Frühdiagnose des Karzinoms zu verwerten ist.) (H. Jentter.)

388. — Beiträge zur Kenntnis der Chemie der Krebstumoren. Biochem. Zeitschr. Bd. 55. Heft 3/4. p. 260—265. (Lipoid- und Proteidphosphorgehalt von Krebsmetastasen in der Leber gegen normales Lebergewebe deutlich vermindert.)

389. Wood, F. C., The problem of cancer. Med. Soc. of the County of New York. Meeting of March 24. Ref. The Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 68. Nr. 427, July. p. 120. (Übersicht. Nicht speziell gynäkologisch.)
390. Yamanouchi, T., und M. Lytchkowsky, Sérodiagnostic du cancer. Zeitschr. f. Imm. u. exper. Therap. Bd. 20. Heft 4. p. 374—378. (Verff. isolierten aus Karzinomen den Micrococcus neoformans Doyen und stellten mit Extrakten dieses angeblichen Erregers Komplementbindungsversuche an. Mit den Seren von 144 Krebskranken war die Reaktion 137 mal positiv; mit denen von 70 Nichtkarzinomatösen 69 mal negativ. Von 44 Syphilitikern gaben 34 eine negative, 10 eine positive Reaktion. Verff. halten die Methode für spezifisch bei Karzinom.)
391. Zeller, A., Il metodo di cura del cancro. Riv. intern. di clin. e terap. Vol. 8. p. 49—52. (Behandlungsmethode. Vollständige Heilung bei 14 Hautkarzinomen und 19 Karzinomen der Haut und Weichteile, darunter zwei der Mamma und zwei der Portio vaginalis. Manchmal wurden auch die Metastasen zum Verschwinden gebracht.
392. Zirinski, M., Paraurethrale Metastasen bei Korpuskarzinom. Diss. München. August.
393. Zykow, Der heutige Stand der Frage über bösartige Geschwülste. Wratsch. Gaz. Nr. 47. Sitzungsber. der Ges. zur Bekämpfung der Krebskrankheiten. (Es sterben in Russland jährlich 170 000 Menschen an Krebs. Die Zahl der Krebskranken beläuft sich bis auf 400 000. Die am Morosowschen Institut ausgeführten Versuche weisen darauf hin, dass Tumoren epithelialer Natur sich an Stellen mit geschwächter Oxydation finden; im Gegenteil, sarkomatöse Tumoren sind von erhöhten Oxydationsprozessen begleitet. Diese Tatsache bildet den Ausgangspunkt für die einzuschlagende Therapie.) (H. Jentter.)

Ätiologie, Genese, Immunität, Prophylaxe, Statistik.

Die **Ätiologie des Krebses** ist noch unbekanntes Gebiet, wenn auch wieder mehrere Autoren glauben, den **Erreger** gefunden zu haben. Bosc (42) versucht von neuem für seine Protozoen Anhang zu finden, über die er eine Arbeit mit über 90 Abbildungen publiziert. Die Entdeckung der Protozoen als Erreger der Tollwut durch Noguchi habe seine Untersuchungen bestätigt. — Mehr Zutrauen hat bisher Fibiger (105) für seine Nematoden gefunden. Ausgehend von dem zufälligen Befunde von Parasiten in einer papillomatösen Geschwulst im Magen von Ratten ist es Fibiger nach mühsamen Versuchen gelungen, diesen Parasiten festzustellen, den Zwischenwirt zu finden und endlich durch Fütterung des Zwischenwirts mit Parasiteneiern und von Ratten mit den Zwischenwirten künstlich mit grosser Sicherheit Papillome und echte Karzinome zu erzeugen. In der Berliner medizinischen Gesellschaft hat v. Hansemann (147) Präparate des Erregers nach Fibiger zeigen können. Auch C. Lewin (208) hat sich mit den Untersuchungen Fibigers befasst. — Minett (240) studierte die Pathogenität des sog. Micrococcus neoformans und fand ihn identisch mit dem Typ des Staphylococcus albus, der aus den tiefer gelegenen Geweben bei Menschen und Tieren gewonnen werden kann. Es handelt sich dabei nur um einen gewöhnlichen Staphylococcus der Haut, welcher modifiziert worden ist durch längeres unter mehr oder weniger vollständigem Sauerstoffabschluss geführtes Wachstum. Yamanouchi (390) dagegen hält ihn für den Krebserreger und hat in zahlreichen Fälsen mit positivem Resultat Komplement-Bindungsversuche mit ihm angestellt. Auch Underhill and Woodruff (357) vermuten Zusammenhang zwischen der Gegenwart von Protozoen und Karzinom.

Über die **Genese des Krebses** sind mehrere Arbeiten erschienen. Gilford (126) sucht den Verband zwischen **Alter und Krebs** zu erklären. Die Krebszellen seien vorzeitig gealterte Körperzellen, die bei ihrer Degeneration sich wieder ihrem früheren embryonalen Zustand nähern. Theilhaber (342 bis 346) erklärt den Einfluss des Klimakteriums in der Weise, dass durch Atrophie und Zellarmut des Bindegewebes und Stenose der Blutgefässe die Bedingungen für die Vermehrungsmöglichkeit der Epithelien günstiger werden. Nach v. Hansemann (148) ist die Krebsentwickelung die Resultante aus dem äusseren Reiz und der Disposition, wobei beide Begriffe sich in zahlreiche Einzelbedingungen auflösen lassen. Die Disposition kann eine rein lokale sein. Das Karzinom kann sich aus normalem Gewebe nicht entwickeln; dasselbe muss vorher eine pathologische Umwandlung erlitten haben. Die meisten präkanzerösen Erkrankungen gehören in das Gebiet der chronischen Entzündungen, welche zu hyperplastischen Zuständen und weiterhin zu atypischen Epithelwucherungen führen. Auch durch parasitäre Erkrankungen und Verunreinigungen und Intoxikationen können Karzinome entstehen. Eine allgemeine, für alle Krebse gültige

Ätiologie soll es nicht geben. Zykow (393) weist auf Grund zahlreicher Versuche darauf hin, dass Tumoren epithelialer Natur sich vorwiegend an Stellen mit geschwächter Oxydation finden, während sarkomatöse Tumoren von erhöhter Oxydation begleitet sind. Er hält diese Tatsache sogar wichtig für die Therapie. Nowell (251) gelang es, aus Karzinomsubstanz einen in Wasser löslichen Körper in Form von langen, weissen, nadelförmigen Kristallen zu isolieren, mit der er durch Injektion bei Kaninchen mikroskopisch typische Karzinose und charakteristische Drüsenveränderungen hervorrufen konnte. Mit dem Serum solcher mit geringen Dosen vorbehandelten Tiere spritzte Verf. andere Kaninchen und erreichte eine Immunisierung, so dass er diese Tiere mit dem erwähnten Körper spritzen konnte, ohne eine Schädigung zu erhalten, während die Kontrolltiere wiederum eingingen. — Netolitzky (247) und Packard (260) suchen in der fortschreitenden **Verarmung der wichtigsten modernen Nahrungsmittel an Salzen,** speziell Kieselsäure, eine Ursache für die Krebserkrankungen unserer Zeit. Auch R. Schmidt (308) betrachtet das Krebsproblem in der Perspektive der inneren Medizin. — Den **Einfluss der sozialen Lage** auf die Entstehung der Geschwülste haben u. a. Russell (298) und Theilhaber (344) studiert. Letzterer (339) sowie auch Turnbull (355) hält **mechanische Ursachen** von grosser Bedeutung für die Entstehung des Krebses. Warthin (365) wurde durch die Frage der **Heredität** zu einer Statistik über 1600 Fälle von Karzinom aus dem Pathologischen Institut der Universität Michigan angeregt. In ungefähr 300—400 Fällen konnte eine genaue Familienanamnese erhoben werden. Dabei liessen sich vier Karzinomfamilien mit Heredität durch 3—5 Generationen hindurch feststellen. Verf. kommt aus weiteren Nachforschungen und Untersuchungen zum Schluss, dass Karzinomanlage in gewissen Familien vererbt wird, gleichzeitig mit Empfänglichkeit gegen Tuberkulose und Beschränkung der Fortpflanzungsfähigkeit. Auch Guenot (141) zeigt an der Hand eines Stammbaums die Möglichkeit der Erblichkeit des Krebses. Die Vererbung mütterlicherseits soll ungünstiger sein im Sinne eines schlechteren Verlaufs der Krankheit. Die Vererbung nimmt ab mit der Zahl der Generationen und verschwindet schliesslich ganz. Weinberg (373) befasst sich mit dem „Cancer à deux". King (178) nimmt eine Art „spermatozoide Infektion" an! Kolb (185) hat den **Einfluss von Boden und Haus auf die Häufigkeit des Krebses** nach Detailuntersuchungen in Bayern studiert; auch Rosenfeld (289) stellte eine Statistik über die **geographische Verbreitung des Krebses** zusammen. Legrain (200) publizierte Beobachtungen über das Vorkommen maligner Geschwülste unter den eingeborenen Kabylen in Nordafrika, Löhlein (219) unter den Bewohnern des tropischen West- und Zentralafrika und Südamerika.

Weitere **Statistiken über das Vorkommen und die Sterblichkeit an Krebs** stammen von Anufriew (12; für das Gouvernement Archangelsk), Behla (24; für Preussen), Broun (55; Amerika), Church (70; England), Herzfeld (157; Russland), Hoffmann (162; Amerika), Lizcano (215a; Spanien), Rawols (280; Amerika), Weller (375a; Amerika), Wolff (384) und Zykow (393; Russland).

Betreffs der **Prophylaxe des Karzinoms** und der **Massregeln und Mittel, die Sterblichkeit an dieser Erkrankung zu vermindern** und die **Operationsresultate zu verbessern,** sind zahlreiche Publikationen aus allen Ländern erschienen. Abbe (1) erwartet von der Ermöglichung der Frühoperation durch bessere Schulung der Ärzte und Hebammen und vor allem durch Erziehung des Publikums, das am besten an regelmässige halbjährliche gynäkologische Untersuchung aller Frauen im Karzinomalter zu gewöhnen wäre, gute Resultate. In derselben Richtung gehen die Vorschläge von Hall (144), v. Knorre (183), Lastaria (198), Lehmann (201), Lizcano (215), Rubin (296), Taussig (335), Taylor (337) und Wilson (382). Boldt (39) rät nicht zur Beeinflussung der Frauen durch die Tagespresse, sondern speziell zur Aufklärung der Ärzte in der Diagnosenstellung der ersten Erscheinungen der Erkrankung. —Bossi (43) will alle gutartigen Ulzerationen und Veränderungen der Portio mit dem Messer entfernen, nicht mit chemischen Mitteln. Er hat über 7000 solche plastische Operationen, die er „Halsplastik" nennt, ausgeführt und in diesen Fällen nie, auch nicht nach Jahren, sich ein Karzinom entwickeln sehen. In der Diskussion protestieren Pinard und Pozzi energisch gegen die von Bossi aufgestellten Behauptungen. Asch (13) scheint den Ansichten Bossis nicht ganz abgeneigt zu sein und erneuert seine frühere Aufforderung, frische und alte Cervixrisse, besonders die mit Ektropion einhergehenden, zu vereinigen. Dazu empfiehlt er die Sängersche Zervikoplastik. Kontraindikation bildet Gonorrhoe. Lehmann (201) wendet sich mit Nachdruck gegen den Missbrauch des Wortes „klimakterische Blutungen", das fälschlicherweise von dem deskriptiven zu einem kausalen Begriff geworden ist. Die nunmehr eingebürgerte Ansicht, das Klimakterium gehe normalerweise mit Blutungen einher, habe die schlimmsten Folgen nach sich gezogen. Theilhaber (342 u. 345) hält alle narbigen Veränderungen des Gewebes, durch Trauma, chronische Ent-

zündung, Altern usw. für disponiert zur Karzinombildung. In diesem Sinne soll die Prophylaxe des Krebses auf Heilung solcher erkrankter Stellen, Besserung ihrer Ernährung usw. gerichtet sein.

Zum Thema der Prophylaxe des Karzinoms sei ferner auf die meisten der oben erwähnten Arbeiten über die Genese des Krebses hingewiesen.

Die Frage, ob die Gegenwart von **Myom im Uterus zu Karzinom disponiert,** wurde im Kapitel „Myome" gewürdigt.

Durch eine Publikation von Hess (158) ist die Frage angeregt worden, ob ein **Karzinom spontan heilen** kann. Eine Frau, bei der durch Curettage Krebs nachgewiesen worden war, verweigerte die Operation und blieb trotzdem gesund. Vielleicht ist bei der Curettage alles Krankhafte entfernt worden. Ruge (cf. Hess, 158) soll ein derartiger Fall vorgekommen sein und auch Benthin (25), Neuwirth (249), Prym (277), Stratz (332) und Unterberger (358a) erlebten solche Fälle in ihrer Praxis. v. Hansemann (cf. Hess, 158) hält die Spontanheilung von Karzinomen jedenfalls für unmöglich und alle derartigen Mitteilungen in der Literatur sollen auf Irrtümern beruhen. Theilhaber (343 u. 350) dagegen beantwortet die Frage, ob Karzinome und Myome spontan heilen können, zustimmend. Charrier et Parcelier (65) haben in ihrer Arbeit die Literatur über die Spontanheilung der Karzinome zusammengestellt.

Als bemerkenswerter Fall eines **Karzinoms in frühem Lebensalter** sei der von Cragin (74) erwähnt. Mergelsberg (237) wählte zum Thema seiner Doktorarbeit das Vorkommen von Uteruskarzinom im Kindesalter.

Betreffs der Frage der **Immunität gegen Krebs** sei an erster Stelle auf den II. Band des grossen Sammelwerkes über Karzinom, welches in England erschienen ist (63), hingewiesen. I. Lewin vertritt darin wie an anderer Stelle (210) die Ansicht, dass der Immunitätsmechanismus beim experimentellen Krebs den bei bakteriellen Krankheiten zwar nicht identisch, aber doch sehr ähnlich ist und das Resultat einer aktiven inhibitorischen Einwirkung des Organismus auf das Wucherungsvermögen der Krebszellen. Solch eine inhibitorische Wirkung kann lokal durch ein gewisses Organ in einem sonst empfänglichen Tiere hervorgerufen werden, aber diese lokale inhibitorische Wirkung wird aufgehoben, wenn das Organ erkrankt. Bei Menschen, welche das Krebsalter erreicht haben, sterben nur etwa 10% an Krebs; es ist möglich, dass die übrigen 90% gegen die Krebsentwickelung immun sind. — Graff und Ranzi (136) haben gefunden, dass in der Mehrzahl der Fälle eine Immunität gegen die Reinfektion eines Tumors unmittelbar nach der Exstirpation desselben nicht besteht.

Die **künstliche Kultur menschlichen Karzinomgewebes** im Reagenzglas gelang Albrecht und Joannovics (8). Ähnliche Versuche werden in dem soeben genannten englischen Sammelwerk (63) beschrieben.

Züchtung von Karzinom bei Mäusen und die **Analogie dieser Tumoren mit Menschenkrebs** haben Frankl (112) und Keysser (176) zum Gegenstand eines eingehenden Studiums gemacht. Beide kommen zum Schluss, dass die bestehenden histologischen und biologischen Differenzen zwischen Mäuse- und Menschenkrebs so gering sind, dass erstere die Grundlage zum Studium der Behandlungsmethoden des letzteren abgeben können. Auch Strauch (332a) und Woglom (383) haben Untersuchungen mit experimentellem Karzinom angestellt. Wolff (384) berücksichtigt in seiner Arbeit den Tier- und sog. Pflanzenkrebs.

Diagnostik.

Die Diagnostik des Karzinoms hat in letzter Zeit vorwiegend chemische Wege betreten. Die **Serodiagnostik** der Krebskrankheit darf sich eines regen Interesses erfreuen. v. Graff (135) gibt eine zusammenfassende kritische Literaturübersicht, welche die Arbeiten zwischen September 1910 bis Juni 1913 erschienen, umfasst und beurteilt speziell, inwieweit von den verschiedenen Methoden die beiden Hauptpostulate einer brauchbaren Reaktion: 1. möglichst hoher Prozentsatz positiver Ausschläge bei Tumorkranken und 2. negativer Ausfall der Reaktion bei gesunden und anders Kranken erreicht worden sind. Verf. kommt zum Resultat, dass bisher keine einzige Reaktion diesen Kardinalforderungen in vollkommener Weise genügt. v. Wassermann (366) veröffentlicht einen vor dem Landesverband für das ärztliche Fortbildungswesen in Bayern gehaltenen Vortrag über die wissenschaftlichen Grundlagen der Serodiagnostik.

Wahrscheinlich die älteste der Methoden, die **v. Dungernsche Komplementbindungsreaktion,** fand von vielen Seiten Nachprüfung und auch technische Verbesserung. Fried (117) hatte mit ihr in 85% der Fälle einen positiven Ausfall; jedoch zeigten auch Nicht-

tumorkranke, zumal Luetiker, in mehr als der Hälfte der Fälle positive Reaktion. In Halperns Versuche (145) reagierten von 79 sicheren Karzinomfällen 71 = 89,8 % positiv. Die Sera von 56 Nichttumorkranken reagierten 52 mal = 92,8 % negativ. Nach diesen Ergebnissen hat die v. Dungernsche Tumorreaktion eine immerhin wesentliche diagnostische Bedeutung. Auch Hara (150) kommt aus seinen 254 Untersuchungen zum Schluss, dass die Reaktion, wenn auch nicht absolut spezifisch, doch durchaus brauchbar ist für die Serodiagnostik der malignen Geschwülste. Leschke (206) berichtet über Untersuchungen an 61 Tumorleidenden, 143 anderweitig Kranke und 42 Gesunde. Bei Karzinomsera wurde in 88,6 % ein positives Resultat erhalten; dagegen nur in 7,6 % bei anderen Kranken. Die komplementbindenden Antikörper sollen unspezifische Antilipoidstoffe sein. In Petridis 36 Fällen (272) stimmte die Diagnose in 81,2 %. Unter den 19 Fällen von anderen Erkrankungen reagierten 16 negativ und drei positiv. Er gibt einige Änderungen in der Technik an. Schenk (306) hält die Methode noch nicht für die Praxis verwertbar.

Die **zytolytische Reaktion nach Freund-Kaminer** findet ebenfalls von vielen Seiten Bestätigung. Der scheinbare Widerspruch, der zwischen dieser Reaktion und der von Abderhalden besteht, wird von Freund selbst (113) in der Weise aufgeklärt, dass bei der zytolytischen Reaktion native Krebszellen verwendet werden, bei der Abderhaldenschen Reaktion ausgewässertes und gekochtes Karzinomgewebe. Die zytolytische Reaktion ergibt gegenüber gekochten Karzinomzellen das entgegengesetzte Resultat wie gegenüber nativen Zellen, d. h. die gekochten Karzinomzellen werden durch Karzinomserum zerstört. An anderer Stelle (116) machen die beiden Autoren nähere Angaben über die Herkunft der die Karzinomzellen beeinflussenden Serumbestandteile. Die Reaktion wurde u. a. von Halpern (146) geprüft und zeigte 14 von 20 Karzinomen richtig an. Auch Leschke (206) konnte die Methode im Prinzip bestätigen. Tumorsera lösten Krebszellen entweder gar nicht oder bedeutend schlechter auf, als es die Kontrollsera taten. Praktisch war es jedoch nicht immer möglich, zwischen der stärkeren oder schwächeren Auflösung eine eindeutige Grenze zu ziehen.

Die **Meiostagminreaktion nach Ascoli** stellt nach dem Urteil von v. Graff (135) an Empfindlichkeit und Einfachheit der technischen Durchführung alle anderen Reaktionen in den Schatten. In Brüggemanns Versuche (56) war, wenn eine Tropfendifferenz von zwei Tropfen als positiv angesehen wurde, in mehr als 50 %, wenn 1,5 Tropfen Differenz, genügten in 70 % der malignen Tumoren die Reaktion positiv. Jedoch gaben in letzterem Falle auch die nichttumorkranken Patienten in 13,5 % positive Ergebnisse. Hara (150) untersuchte bisher mit dieser Methode 155 Fälle. Unter den 12 sicheren Karzinomen reagierten neun positiv (11 mit Komplementbindung). Von 137 Sera anderer Erkrankungen gaben nur vier positives Resultat. Er hält infolgedessen diese Reaktion für die Diagnostik der malignen Geschwülste durchaus brauchbar, wenn auch nicht absolut spezifisch. Köhler und Luger (184) hatten 100 % negative Reaktionen bei Nichtkarzinomatösen und 80 % positive Ausfälle bei Karzinomkranken. Sie machen einige Angaben betreffend der Technik der Reaktion. Rosenberg (288) widmet der Methode eine längere Arbeit, deren Zweck es ist, die klinische Brauchbarkeit derselben nachzuweisen. Aus den Tabellen scheint hervorzugehen, dass die Meiostagminreaktion mit künstlichen Antigenen Aussicht hat, sich zu einer brauchbaren klinischen Hilfsmethode auszuwachsen. Jedoch reagieren auch hier wieder eine Anzahl anderer Erkrankungen, so vor allem die Leberzirrhose und auch Graviden, ebenfalls positiv. Andererseits gibt die weit vorgeschrittene Karzinose mit starker Kachexie, besonders kurz vor dem Exitus, eine negative Reaktion.

Die **Wassermannsche Reaktion** bei Tumorkranken ist nach Brüggemann (56), sowie auch nach Eliasberg (97) bei malignen Tumoren ohne Lues stets negativ. v. Dungern und Halpern (96) haben den Liquor cerebrospinalis von Karzinomkranken daraufhin untersucht, ob ebenso wie im Serum der Wassermannschen Reaktion analoge Komplementbindungsreaktionen nachgewiesen werden konnten. Es ergab sich, dass fünf Fälle von Karzinom positive Reaktion des Liquor zeigten, obgleich keinerlei Erkrankungen des Zentralnervensystems vorlagen. v. Dungern hat schon früher darauf hingewiesen, dass die Möglichkeit einer Allgemeininfektion bei Karzinom vorliegt, wenn auch dafür noch keine sicheren Beweise vorhanden sind.

Von anderen serodiagnostischen Methoden sind noch zu nennen die **Bestimmung des Antifermentgehaltes nach Brieger** (52), welche nach Ansicht des Verf. allerdings keine spezifische Reaktion darstellt, prognostisch jedoch von vornherein als Indikator über den wahren Erfolg der angewandten Therapie — Operation oder Bestrahlung — und über den Ausbruch von etwaigen Rezidiven die beste Auskunft gibt. Die Methode soll sich in der

Praxis bewährt haben. Loevy (218)) teilt in einer Dissertation die mit dieser Methode erreichten Resultate mit bei Karzinomen des Verdauungskanals.

Die **Kellingsche Reaktion** (Hühnerbluthämolyse) wurde von Brüggemann (56) und Halpern (146) nachgeprüft. Nach letzterem soll sie nicht spezifisch für maligne Tumoren sein. Auch ersterer fand sie in höchstens 68 % der Karzinomfälle positiv. Bei anderen Erkrankungen war sie in 12 % ebenfalls positiv, bei Graviden sogar in 87,5 %. Unter den positiven Fällen überwiegen sehr die zerfallenen Karzinome und auch der Sitz ist von Einfluss auf das Ergebnis.

Zur **anaphylaktischen Serumdiagnose der Karzinome** hat Rauschoff (279) gefunden, dass ein grosser Unterschied im Ausfall derselben besteht, wenn man sensibilisierte Meerschweinchen mit Blutserum behandelt, das von einem normalen oder von einem krebsleidenden Individuum stammt. Die mit normalem Serum eingespritzten Meerschweinchen bekommen sehr heftige Anaphylaxieerscheinungen, während diejenigen, welche mit Serum von Krebskranken behandelt wurden, kaum Symptome zeigen. Verf. glaubt, dass diese Reaktion ein wesentliches Hilfsmittel zur Frühdiagnose des Krebses darstellt. Ein positiver Ausfall deutet mit Sicherheit auf das Vorhandensein eines Karzinoms hin.

Wenn die Besprechung der **Fermentreaktion nach Abderhalden** bis zuletzt aufgeschoben wurde, findet dies seine Erklärung darin, dass sie die jüngste ist und noch weit davon entfernt als von grossem Wert für Klinik und Praxis anerkannt zu sein. Wer die bisher in Untersucherkreisen unbekannte Art und Weise verfolgt hat, in der Abderhalden unentwegt den Nachuntersucher, die zu einem ablehnenden Urteil über den Wert seiner Methode gelangten, mangelhafte Technik und zu geringes Verständnis vorwirft, darf sich natürlich nicht wundern, dass der Autor selbst in seinem Institut in gegen 50 untersuchten Karzinomfällen keine einzige Fehldiagnose hatte (5). Doch sind recht viele Nachuntersucher anscheinend nicht so glücklich und geschickt wie er und bekamen keine eindeutigen Resultate: Allmann und M. Fränkel (10), Aschner (15), Bermbach (30), Fried (117), Fries (118), Halpern (146), Jonas (169), Markus (229), Parsamow (261), Schäfer (305) u. a. Deshalb ist Abderhalden wesentlich bemüht, durch wöchentlich verausgabte Verfeinerungen und Verbesserungen der Technik auch die weniger geübten Forscher in die Gelegenheit zu stellen, nur gleich günstige Resultate zu erzielen und publizieren zu können, wie er selbst und seine Schüler.

Die Originalarbeiten, Beiträge, weitere Beiträge, Vorträge, Bemerkungen, Erwiderungen, Berichtigungen usw. Abderhaldens alle zu zitieren, würde einen besonderen Jahresbericht erfordern. Schon die Arbeiten anderer Autoren über die Anwendung der Methode bei der Karzinomdiagnostik sind so zahlreich und inhaltlich so unsicher und wechselnd, dass näher auf sie einzugehen zwecklos wäre. Ausser den obengenannten seien nur noch folgende erwähnt: Aschner (14), Bohne (36), Brockman (53), Debaisieux (86), Deheegher (87), Deutsch und Köhler (91), Epstein (98), Frank und Heimann (109), Fritsch (119), Gambarow (120), Lindig (213), Ludke (223), Mayer (230), Wolter (387) u. a.

Reaktion und Alkaleszenz des Blutes bei Karzinomkranken sind von Konikow (186) und Sturrock (333) studiert worden. Ersterer fand die Alkaleszenz verringert, und zwar um so mehr, je mehr heruntergekommen die Patientinnen waren. Letzterer fand den Alkaligehalt des Serums um ein Geringes erhöht, und glaubt dies als Hilfsmittel bei der Diagnosenstellung benützen zu können. Rohdenburg (284) hebt den Wert der **Blutkatalase** als Diagnostikum der Krebserkrankung hervor.

Was das **histologische Blutbild** betrifft, hält Waledinsky (363) eine neutrophile Leukozytose mit relativer Verringerung der Lymphozyten charakteristisch für Karzinom.

Urinuntersuchungen zu diagnostischen Zwecken werden ebenfalls von verschiedenen Seiten vorgeschlagen. Alexejew (9) fand einen gesteigerten Gehalt an neutralem Schwefel beim Vorhandensein anderer klinischer Symptome, wenn auch nicht spezifisch, doch immerhin von Bedeutung für die Diagnose des Karzinoms. Der negative Ausfall der Reaktion ist gänzlich bedeutungslos. Davis (85) empfiehlt zur Frühdiagnose in okkulten Fällen eine Urinprobe auf Gallensäure und Farbbestandteile. Sie soll aber auch positiv ausfallen bei Gegenwart von Blutfarbstoff im Urin. Kessler (175) hält eine Erniedrigung des spezifischen Gewichtes des Urins, relativ normalen Gehalt an Chlor und Verminderung der präformierten Schwefelsäure charakteristisch für den Stoffwechsel bei Karzinom und daher auch bei der Frühdiagnose zu verwerten. Konikow (187) hat den Harn Krebskranker auf seinen Gehalt an kolloidalen Stickstoff untersucht. Der durchschnittliche Koeffizient nach Salkowsky wurde bedeutend erhöht gefunden. Die Diagnose konnte jedoch auf Grund dieses Befundes in der Mehrzahl der Fälle nicht gestellt werden. Wolpe (386) hält

zwar die Salkowskische Reaktion ebenfalls nicht für streng spezifisch, glaubt in ihr aber doch ein wichtiges Hilfsmittel für die Frühdiagnose karzinomatöser Erkrankungen zu haben, da sie häufig einen Zerfallsprozess der Stickstoffsubstanzen in den Initialstadien des Krebses innerer Organe anzeigt, wo klinische Erscheinungen sich noch nicht geltend machen. Beim leisesten Verdacht auf krebsige Natur einer Erkrankung sei die Anstellung der Salkowskischen Reaktion zu empfehlen. Robin (283) untersuchte die Veränderungen des Phosphorsäuregehaltes im Urin und in der Leber bei Krebskranken.

Pesharskaja (265) berichtet über eine **mikrochemische Reaktion der Oxydierung lebender Gewebe** als Hilfsmittel bei der Diagnose bösartiger Neubildungen in der Gynäkologie. Der Wert der Reaktion soll allerdings nur ein sehr beschränkter sein.

Als Hilfsmittel bei der Diagnosenstellung hebt Gordon (131) noch die **Verkleinerung der Herzdämpfung in Rückenlage** und besonders grosse Differenz beim Liegen und Stehen bei Krebskranken hervor. Dieselbe soll nicht durch Abmagerung und Kachexie erklärt werden können.

Sternberg (330) will beobachtet haben, dass Karzinomatöse, bei denen das Karzinom aufgehört hat, lokal zu bleiben, einen entschiedenen **Widerwillen gegen Fleisch** und Fleischgerichte zeigen. Es ist kein Frühsymptom, aber prognostisch wichtig; es soll ein Zeichen sein, dass das Karzinom inoperabel geworden ist. Die Kachexie soll eine Folge dieser Appetitlosigkeit sein.

Bei der Besprechung der **mechanischen Methoden zur Diagnosenstellung des Krebses** seien natürlich an erster Stelle die Arbeiten erwähnt, die sich mit der **Austastung und Curettage** des Uterus befassen. Banga (19) betont den Wert der Austastung des Uterus und des Gebrauches des Quellstiftes zur hinreichenden Erweiterung des Zervikalkanals. Benthin (25) teilt zwei Fälle mit, in denen in dem durch Ausschabung entfernten Material ein typisches Adenokarzinom gefunden, jedoch in den daraufhin exstirpierten Uteris trotz genauester mikroskopischer Untersuchung keine Spur von Karzinom entdeckt werden konnte. In der Diskussion berichtet Unterberger jun. über einen ähnlichen Fall. — In diesem Zusammenhang sei auf die oben erwähnten Arbeiten von Hess usw. über die Möglichkeit der Spontanheilung von Uteruskarzinomen hingewiesen. — Burckhard (59) und Samuels (302) veröffentlichen ihre Ansichten über den Wert der Probeausschabung bei der Diagnose der Carcinoma corporis uteri. Rubin (296) empfiehlt die ausgiebige Anwendung der Probecurettage und Probeexzision. Lubarsch (222) und Schottländer (311) führen eine Polemik über die Frage, ob man an ausgeschabtem oder exzidiertem Material mit Sicherheit die Diagnose des Krebses stellen kann. Ersterer verneint dies, soweit er nicht die völlig einwandfreien Zeichen destruierenden Wachstums findet. Demgegenüber behauptet Schottländer, dass man durchaus nicht selten ein einziges in Blut und Fibrin eingebettetes Nest eines primär soliden (Plattenepithel-)Krebses, ebenso einige wenige isolierte drüsige Krebsimitationen ohne Mühe formal erkennen kann. Auch Siredey et Lemaire (321) betonen an der Hand von vier Beobachtungen den Nutzen der mikroskopischen Untersuchung der durch Probeausschabung gewonnenen Schleimhautmassen besonders in zweifelhaften Fällen.

Der Wert der **Kystoskopie** bei der Diagnosenstellung des Krebses wird in diesem Jahre stark hervorgehoben. Es sind darüber besonders von französischer Seite mehrere ausführliche Arbeiten erschienen. So die von Colanéri (73; Dissertation), Cruet (77; mit zahlreichen Blasenbildern), Hartmann (151), Luys (225; Abbildungen), Pauchet (263) und Violet et Murard (361). Die Kystoskopie soll unerlässlich sein sowohl zur Indikationsstellung zur Operation wie zur Prognosenstellung. Dinermann (95) hat klinisch und pathologisch-anatomisch den Einfluss des Uteruskarzinoms auf den Harnapparat studiert.

Histologie, Pathologische Anatomie, Chemie und Stoffwechsel.

Liegner (212) suchte den Verband zwischen den histologischen Befunden an 30 durch Totalexstirpation gewonnenen Uteruskarzinome und den klinischen Erscheinungen, welche die betreffenden Patientinnen zeigten. Aus dem bunten Bilde, das hierbei gefunden wird, lässt sich doch in den einzelnen Fällen ein Gesamtbild zusammenstellen, das tatsächlich etwas Selbständiges ist, das nie sich in gleicher Weise wiederholt. Man kann heute jedoch aus dem histologischen Bilde des Karzinoms nicht auf eine grössere oder geringere Malignität schliessen. v. Mielecki (239) berichtet Anatomisches und Kritisches zu 560 Obduktionen, bei denen sich bösartige Geschwülste fanden. Ebenso hat Obata (252) 244 Präparate von Uteruskarzinom aus Robert Meyers Sammlung einer Sichtung und morphologischen Klassifizierung unterzogen. In einem weiteren Abschnitt dieser Arbeit wird die feinere Morphologie der untersuchten Präparate abgehandelt und besonders das Vorkommen

von Riesenzellen, Glykogen, Muzin, Infiltration, die Gefäss- und Metastasenbildung, Zerfall und Atrophie der Krebszellen Erwähnung getan. Als dritter in der Reihe teilt Schottländer (cf. „Myome“, 158) seine $5^1/_2$jährige pathologisch-anatomische Erfahrung aus der II. Wiener Universitäts-Frauenklinik mit. Letzterer (310) hat auch im Nothnagelschen Handbuch das Kapitel über die von den Genitalgeschwülsten ausgehenden Metastasen in den übrigen Körperorganen, sowie die metastatischen Geschwülste in den weiblichen Geschlechtsorganen bearbeitet. In einer Polemik gegen Lubarsch (311 u. 222) teilt Schottländer weiter seine Ansichten mit über einzelne wichtige Punkte in der histologischen Geschwulstdiagnostik im Bereiche der Gebärmutter. — Fischer (106), Pujol y Brull (278) und Weishaupt (375) berichten über den Befund von **eosinophil gekörnten Leukozyten** im Krebsgewebe.

Kasuistische Mitteilungen über **pathologisch-anatomisch besondere und seltene Formen von Uteruskrebs** sind zahlreich. Bondy (41) fand ein Karzinom des ganzen Uterus, dessen Wand fast vollständig, stellenweise bis zur Serosa, in Karzinom umgewandelt war. Das mikroskopische Bild zeigte ziemlich alle Formen des Karzinoms. Dabei waren die Blutungen normal gewesen. Chodounsky (68) beschreibt ein ganz scharf umschriebenes primäres **Kankroid der vorderen Uteruswand,** das die Drüsenform beibehalten hatte. Clarke (72) demonstrierte ein Endotheliom, ausgehend von der Schleimhaut an der Einmündungsstelle der linken Tube. Frankl (111) zeigte ein besonders weiches Kollumkarzinom, dessen Bedeutung darin liegt, dass der Uterus auch ohne direkten Kunstfehler ganz leicht durch den geringsten Druck hätte perforiert werden können. v. Graff (134) fand einen myomatösen Uteruspolypen, der im Innern deutlich primäre drüsige Karzinomwucherung zeigte. Die klinischen Symptome hatten einen Abortus febrilis vorgetäuscht. (Für ähnliche Fälle von **Zusammentreffen von Myom und Karzinom** sei auf den betreffenden Abschnitt im Kapitel „Myome“ hingewiesen.) — Hauser (153) beschreibt ein typisches, wahrscheinlich vom Epithel der Portio ausgehendes Plattenepithelkarzinom und ein ebenso typisches Zylinderepithelkarzinom in ein und demselben Uterus. Hedinger (154) hat in einem Uterus an der Stelle, wo früher ein faustgrosses Myom sass, weswegen die Patientin bestrahlt worden war, ein Carcinoma sarcomatodes corp. gefunden und glaubt an einen kausalen Zusammenhang zwischen Röntgentherapie und Uterustumor. — Die Kombination von einem Adenokarzinom des Korpus und einem Adenomyoma diffusum benignum im selben Uterus wurde von Littlewood and Stewart (214) beschrieben. Nadal (245) fand fibromuköse Polypen des Uterus karzinomatös degeneriert. Obata (252) liefert einen Beitrag zur Morphologie des Uteruskarzinoms, indem er 244 Präparate aus R. Meyers Sammlung näher studiert und beschreibt. Opitz (255) demonstrierte ein ausgedehntes Korpuskarzinom, das die Uteruswand nach hinten durchwachsen hatte und auf den Mastdarm übergegangen war. Am Scheideneingang fanden sich zahlreiche Metastasen, die rosenkranzartig entsprechend den Hymenresten um den Scheideneingang herum angeordnet waren. Phillips (274) beschreibt kasuistisch ein Peritheliom des Uterus. Ssamgin (326) hat einen Uterus gesehen mit Metaplasie des Drüsenepithels in mehrschichtiges Plattenepithel; letzteres drang tief ins Muskelgewebe ein, imponierend als keratoide Papillen.

Sehr beginnende Fälle von Karzinom des Uterus wurden von Deseniss (89; warzengross auf der Muttermundslippe), Dietrich (93; drei typische Fälle) und Schottelius (309) beschrieben.

In Deseniss (89) ganz beginnendem Fall waren trotzdem schon **Drüsenmetastasen** an der Hypogastrika vorhanden. Gutfeld (142) untersuchte zu seiner Doktorarbeit 150 regionäre Lymphdrüsen bei Carcinoma uteri, mit besonderer Berücksichtigung der epithelialen Einschlüsse. Davon waren 43 (28,7%) karzinomatös; Epitheleinschlüsse zeigten 8 = 5,3%. Letztere Gebilde sollen entstehen durch irgend einen Reiz im Quellgebiet der betreffenden Drüse. Jaboulay (165) fand bei einem Krebs der Kollum- und Korpusschleimhaut eine eigentümliche Metastase am Nabel, deren Weg nicht klar zu erkennen war. In einem Falle von Kubinyi (195) erwiesen sich bei der Sektion sogar die mesenterialen Drüsen krebsig verändert. I. Lewin (211) hat den Mechanismus der Metastasenbildung beim experimentellen Krebs studiert. Die Hauptfaktoren, welche die Lokalisation und die Häufigkeit der Metastasen bestimmen, sind der Charakter und die Bösartigkeit der Krebszellen einerseits und die allgemeine und lokale Empfänglichkeit des Organismus andererseits. Die Verschiedenheit im Transportmodus spielt ebensowenig wie die leichtere Ablösung der Krebszellen eine Rolle. Netschajew (248) hat 102 Lymphknoten von 20 Kranken mit malignen Tumoren untersucht und zur Frage der morphologischen Veränderungen der Lymphdrüsen beim Karzinom eine grössere Arbeit verfasst (siehe Referat!). Er kommt zum Schluss, dass die Lymphdrüsen einen aktiven Kampf führen mit den Fermenten und nicht mit

den Elementen der Neubildung. Auch in Obatas Arbeit (252) wird der Metastasenbildung Erwähnung getan. Opitz (255) fand bei einem ausgedehnten Korpuskarzinom, dass die Uteruswand nach hinten durchwachsen hatte und auf den Mastdarm übergegangen war, zahlreiche Metastasen entsprechend den Hymenresten um den Scheideneingang herum. Es kann sich sowohl um Implantationsmetastasen als um Metastasen durch rückläufige Embolie gehandelt haben, da durch das Karzinom erhebliche Zirkulationsstörungen im Becken hervorgerufen sein können. Schottländer (310) hat für Nothnagels Handbuch das Kapitel über die von den Genitalgeschwülsten ausgehenden Metastasen in den übrigen Körperorganen und die metastatischen Geschwülste in den weiblichen Geschlechtsorganen bearbeitet. Zirinski (391) fand auffallende paraurethrale Metastasen bei einem Korpuskarzinom. Montanelli (242a) beschreibt Metastasen eines Uteruskrebs in der Mamma und in der Haut.

Über die **Bakterienflora des karzinomatösen Uterus** sind die zu dem betreffenden Thema im Kapitel „Myome" zusammengestellten Arbeiten nachzusehen. Bondy (41) fand in einem weit vorgeschrittenen Karzinom des Uterus überall Streptokokken, auch in den tieferen Schichten.

Fälle von **Pyometra** bei Karzinom des Uterus wurden publiziert von Aimes (7; Diagnose und Verhalten bei der Operation), Brewis (51; auch Pyosalpinx), Mendes de Leon (236), Neel (246), de Rouville (291) und Simson (320). — Ottow (259) fand bei einer 80jährigen im senil-atrophischen Uterus eine ausgedehnte Hämatometra, bedingt durch ein Korpuskarzinom bei erworbener Atresia cervicis.

v. Kubinyi (195) publiziert eine Beobachtung von **Thrombose der Vena femoralis** und Embolie der Arteria pulmonalis bei Gebärmutterkrebs. Die reaktive Entzündung in der Umgebung des Krebses begünstigt die Entstehung einer Thrombose, wozu eventuell noch die hydrämische, marantische Blutbeschaffenheit mitwirkt. Die Embolie wäre sonst sicher bei der Operation passiert.

Giordano (127) hat das **Fieber bei Karzinom** studiert. Er nimmt das Vorkommen eines karzinomatösen Fiebers an, das einen besonderen Typus aufweist und abhängig ist von den verschiedenen Stadien und Formen des Karzinoms.

Grafe (133) stellte an 36 Karzinomatösen ohne Fieber und Ödeme, aber mit ausgesprochener Kachexie, Untersuchungen an über das Verhalten vom **Gesamtstoffwechsel und Eiweissumsatz bei Krebskranken.** Diese zeigten sehr weitgehende Analogien zum Fieberstoffwechsel, indem auch beim Karzinom der Eiweissstoffwechsel in den untersuchten Fällen keine eigenen Wege einschlägt, sondern sich im Rahmen der Gesamtwärmeproduktion hält. Die Lehre vom toxogenen Eiweisszerfall im Karzinom konnte somit erweitert werden zu der Auffassung einer den gesamten Stoffwechsel einschliesslich des Eiweisses treffenden Schädigung des Organismus durch das Karzinom. Auch Saxl (303) hat die Störungen im Eiweissstoffwechsel Krebskranker studiert und gibt einen Beitrag zur Kenntnis der Rhodanausscheidung. Wolpe (386) fand die Salkowskische Reaktion sehr geeignet zum Nachweis des Zerfallsprozesses der Stickstoffsubstanzen in den Initialstadien des Krebses innerer Organe. Allerdings passiert es auch bei normalen Personen, dass der Gehalt des Harns an kolloidalem Stickstoff merklich erhöht ist. Auch wird ein gesteigerter Koeffizient ebenfalls bei anderen Erkrankungen gefunden. Er erreicht jedoch nie auch nur annähernd die gleichen Werte wie bei Krebs. Auch Konikow (187) fand den Salkowskischen Koeffizienten im Harn Krebskranker erhöht. Kessler (175) hat als charakteristisch für den Stoffwechsel bei Karzinom gefunden eine Erniedrigung des spezifischen Gewichtes des Urins, relativ normaler Gehalt an Chlor und Verminderung der präformierten Schwefelsäure.

Fränkel (110) hat einen Beitrag zur **Chemie des Karzinoms** veröffentlicht. E. Freund (114) teilt höchst wichtige Beobachtungen mit zur chemischen Grundlage der Karzinomtherapie. Moullin (243) hat einen Vortrag veröffentlicht über die **Biologie** der Tumoren. Spinelli (324) arbeitete zum selben Thema. Pesharskaja (265) hat den Peroxydasengehalt lebender Gewebe studiert und fand ihn in vielen Fällen beim Krebs bedeutend erhöht. Auch Zykow (392) stellte fest, dass die Tumoren epithelialer Natur sich an Stellen mit geschwächter Oxydation befinden. Wolter (388) fand den Lipoid- und Proteidphosphorgehalt des Krebsgewebes deutlich vermindert. Rollo (284b) hat den Glykogengehalt bestimmt.

Die **chemischen und histologischen Untersuchungen des Blutes** bei Krebskranken sind schon oben bei der Diagnosenstellung erwähnt.

Das **gleichzeitige Vorkommen verschiedener maligner Tumoren** wurde von mehreren Seiten beobachtet. Andrée (11) beschreibt in einer Dissertation einen Fall von zwei verschiedenartigen primären Krebsen in verschiedenen Organen. Fitz Gibbon (107) sah gleich-

zeitig Karzinom der Tube, der Ovarien und der Cervix; es liess sich nicht feststellen, welches das primäre war. Gibson (125) demonstrierte ein Karzinom des Uterus und der Ovarien nach vorangegangenem Mammakarzinom. Grimsdale (138) teilt einen Fall von Karzinom des Uterus mit, bei dem die Ovarien drei Jahre früher wegen Verdacht auf Adenokarzinom entfernt worden waren. Der Beweis war jedoch nicht zu erbringen, dass der Uterustumor die primäre Erkrankung war. Trotzdem will Croft (cf. Grimsdale, 138) deshalb bei malignen Ovarialtumoren immer prinzipiell den Uterus mitentfernen. Hauser (153) beschreibt mehrere Fälle von multiplem primärem Krebse des weiblichen Genitalapparates und gibt davon gute Abbildungen. Krokiewicz (192) hat seiner Arbeit ein Literaturverzeichnis zugefügt, in dem auch mehrere gynäkologische Fälle von Multiplicitas diversi generis maligner Geschwülste Erwähnung finden. Küttner (196) sah einen Cervixkrebs mit Darmkarzinom kompliziert, Perazzi (266) Adenokarzinom des Uterus nach doppelseitigen malignen Ovarialtumoren. Schach-Asiss (304) fand ein Carcinoma simplex der Cervix kombiniert mit Karzinom der Ovarien, das von dem follikulären Epithel ausging. Beide sollen sich primär und unabhängig voneinander entwickelt haben. Im Nothnagelschen Handbuch hat Schottländer (310) den Abschnitt über die metastatischen Geschwülste in den weiblichen Geschlechtsorganen bearbeitet. Theilhaber und Edelberg (349) sowie Wenulet (376) veröffentlichen Beiträge zur Lehre von der Multiplizität der Tumoren, insbesondere der Karzinome.

Operative Behandlung.

Statistiken über die **Resultate mit der abdominalen Totalexstirpation nach Wertheim** sind in diesem Jahre bekanntgegeben worden von Berkeley (28 u. 29; Amerika; 112 Fälle gesehen; Operationsfrequenz 63%; primäre Mortalität 22,5%; Rezidive in 32,4%; absolute Heilung seit drei Jahren in 25,4%), Broun (55; Amerika), Bumm (57), Calmann (62; Hamburg; von 59 Kranken konnten 53 operiert werden; nur eine ist gestorben), Cullen (78; Amerika), Deseniss (90; Hamburg; 13 von 15 waren operabel; eine starb im Anschluss an die Operation; von den vor mehr wie fünf Jahren operierten drei Dauerheilungen), Faure (102 u. 103; Paris; von 24 Operierten starben zwei an den Folgen der Operation, fünf an Rezidiven; 17 blieben rezidivfrei, manche 4—6 Jahre), Hey (159; Würzburg), Kouinne (188; Schweiz), Kriwsky (191; Russland; 49 Fälle; 18% Primärmortalität; 26% nach kurzer Zeit Rezidive; noch keine Dauerresultate), Lastaria (197; Italien), Leidholdt (202; Jena; März 1903 bis Dezember 1911), McCann (233; Amerika; 65 Fälle mit 3% Primärmortalität), Neel (246; England; Operabilität 54%; 136 operierte Fälle mit 12% primärer Mortalität und 20,3% Dauerheilungen über fünf Jahre), Peterson (268; England; 51 Fälle), Petö (270; Budapest; 100 Fälle mit 14% Primärmortalität und 3% Rezidivfreiheit nach fünf Jahren; 15% rezidivfrei seit 3—4 Jahren), Pujol y Brull (278; Spanien), Roncaglia (286; 18 Fälle mit drei primären Todesfällen), Sampson (301; England; 25 Fälle), Schwarz (313; Frankreich), Weibel (368 bis 371; Klinik Wertheim) und Wertheim (380).

Dabei machen die meisten Autoren nähere Angaben betreffend ihrer **Technik,** die oft in Einzelheiten von der Originalmethode etwas abweicht. In dieser Hinsicht dürften folgende Arbeiten ein besonderes Interesse haben: de Bovis (46; zur Frage der Wundversorgung; Kritik zur nachstehenden Publikation von: Bumm (57; über die Peritonisierung des Wundgebietes), Childe (66; Technisches zur Vermeidung von Schock und Infektion), Feuchtwanger (104; Exstirpation des ganzen Genitalschlauchs), Henkel (155; Blutstillung und Ureterimplantation in die Blase), Kriwsky (191; Vorbereitung und Technik), Mac Lennan (226; Entfernung des Uterus durch die Vagina; Ureterimplantation), Mayer (231; Präparation von Ureter und Uterina), Mc Cann (233; Vorbereitung, Nachbehandlung), Neel (246; Vorbereitung; Lipektomie bei fetten Frauen), Opitz (255; Exstirpation des ganzen Genitalschlauchs), Pollosson (276; Resektion der Iliaca externa), Pujol y Brull (278; Gebrauch von Uretersonden während der Operation), Roncaglia (285 u. 286; Komplikation durch Beckenniere; Behandlung des Scheidenstumpfes), Sigwart (318; Naht der grossen Beckengefässe), Thies (351; Exstirpation der Harnblase bei Uterus-Blasenkarzinom), Violet (360; Blasenresektion), Weber (367; Anwendung des Cold-Cauter) und Weibel und Wertheim (368 bis 371 u. 380).

Wie man sich den **Lymphdrüsen** gegenüber verhalten soll, die bei der Operation vergrössert gefunden werden, darüber sind die Meinungen geteilt. Boldt (38), Kriwsky (191), Pollosson (276, Diskussion) und Weibel (370) wollen sie gründlichst ausräumen. Clark (71), Gellhorn (124) und Petö (270) dagegen nehmen den Standpunkt ein, dass nicht die gründliche Exstirpation der regionären Drüsen, sondern die reichliche Totalexstirpation des parametranen Gewebes und der Scheide die Zunahme von Dauererfolgen garantiere. —

Die Arbeiten über histologische Untersuchungsbefunde an den regionären Lymphdrüsen bei Karzinom sind schon oben erwähnt.

Gesondert genannt seien noch die Publikationen, die sich auf **Ureterverletzungen und deren Behandlung,** sowie auf das **Verhalten des Harnapparates** überhaupt während und nach der Operation beziehen. Bumm (58; Diskussion) empfiehlt bei hochsitzender Verletzung den Ureter einfach zu unterbinden. Er hat diesen Eingriff viermal ausgeführt; alle Fälle sind reaktionslos verlaufen. Ein Durchschneiden der Ligatur ist nicht zu befürchten, die Niere atrophiert merkwürdigerweise schnell, innerhalb zwei Tagen, so dass er eine Hydronephrose nicht gesehen hat. Kawasoye (174) aber fand, nicht in Übereinstimmung mit der Erfahrung Bumms, eine Hydronephrose infolge unbeabsichtigter Unterbindung eines Ureters bei einer schwierigen abdominalen Uterusexstirpation. Er glaubt nicht, dass in der Niere nach der Unterbindung eine unmittelbare Atrophie ohne vorherige Hydronephrose entstehe. — Boeckel (35) hat eine Ureterscheidenfistel nach abdominaler Radikaloperation durch Einlegen eines Ureterendauerkatheters spontan heilen sehen. Dietrich (94) beobachtete am 16. Tage post operationem eine drei Tage dauernde Anurie, die von einer Ureterfistel gefolgt wurde. Dieselbe schloss sich spontan in 10 Tagen. Als Ätiologie der Anurie nimmt er an: teils trophische Störung, teils Infektion der dislozierten Ureteren und der Blase vom Wundbette aus. Eversmann (100) hatte gute Resultate mit der Resektion und Implantation des Ureters. Gminder (128) beobachtete sieben Wochen nach einer Wertheimschen Operation Fadeneinwanderung in die Blase (Seide!). Es hatte sich ein kirschgrosser Stein gebildet, der mitsamt dem Faden spontan ausgestossen wurde. Habuto (143) hat in München eine Dissertation bearbeitet über die Ureter- und Blasenverletzungen bei Uteruskarzinomoperationen. Henkel (155) beschreibt einen Fall, bei dem er einen Ureter in die Blase implantierte. Mac Lennan (226) empfiehlt, den Ureter, wenn er durch krankhaft verändertes Gewebe verläuft, zu durchschneiden und in die Blase zu implantieren. Mayer (231) hat sich besonders für die Präparation der Ureteren (und der Artt. uterinae) bei der erweiterten Uteruskarzinomoperation interessiert. Pujol y Brull (278) empfiehlt das Einlegen von Uretersonden während der Operation. Thies (351) hat mit ausgezeichnetem Erfolge bei einem Falle von Uterus-Blasenkarzinom aus Rektumschleimhaut eine künstliche Blase gebildet. Auch Weibel (369) implantiert den verletzten Ureter in die Blase, die Scheide oder das Rektum und will nur, wenn dies nicht möglich ist, die Niere exstirpieren. In einer anderen ausführlichen Arbeit (371) teilt er Beobachtungen an 335 Fällen mit über das Verhalten der Ureteren nach der erweiterten abdominalen Karzinomoperation. Der erste Teil der Arbeit beschäftigt sich mit dem Verhalten des unverletzten Ureters, der zweite behandelt die Verletzungen desselben. Mehrere besonders interessante Fälle sowie die Resultate der Behandlung der Ureterverletzungen werden ausführlich mitgeteilt. Die Exaktheit der Implantationsarbeit soll das Wichtigste sein.

Die abdominale Radikaloperation nach Wertheim wird von Clark (71) und v. Ott (257 u. 258) wegen ihrer grossen Schwierigkeiten und der grossen Primärmortalität abgelehnt. Letzterer empfiehlt an ihrer Stelle die vaginale Totalexstirpation, die bei geringerer Gefahr ebenso günstige Resultate aufzuweisen haben soll.

Ausser v. Ott behandeln noch mehrere andere Autoren die Frage, ob beim Uteruskarzinom **abdominal oder vaginal zu operieren** sei? Boldt (38) will die vaginale Methode nur für besondere Fälle, wie allgemeine Adipositas, Korpuskarzinom, beginnendes Cervixkarzinom reserviert wissen. Nach Eversmann (100) ist grosser Fettreichtum ebensogut Kontraindikation gegen den vaginalen wie gegen den abdominalen Operationsweg. Übrigens soll es vielmehr auf frühzeitige wie auf Radikaloperation als solche ankommen. Auch Pollosson (cf. Faure, 101) ist Adipositas keine Kontraindikation gegenüber dem abdominalen Operieren. Gellhorn (124) befürwortet die vaginale Operation und will nur bei weiter vorgeschrittenen Fällen den Versuch mit abdominaler Operation den Vorzug geben. Pauchet (262) empfiehlt einen besonderen Perinealschnitt zur Erleichterung der erweiterten vaginalen Operation. Rieck (281) gibt eine Methode an zur Extraperitonisierung der vaginalen Totalexstirpation und teilt gute Resultate davon mit. Auch Rüder (297) hatte gute Resultate mit der einfachen vaginalen Exstirpation des Uterus, auffallenderweise sogar in Fällen, bei denen mit Sicherheit die Exstirpation des Krebses nicht im Gesunden hatte vorgenommen werden können. Staude (328) macht den Vergleich zwischen den Resultaten seiner eigenen 200 vaginalen Radikaloperationen und den Laparotomien anderer Operateure. Das Endresultat ist, dass die abdominale Methode mehr als die doppelte, fast die dreifache primäre Mortalität hat wie die vaginale Methode und dass die absolute Leistung bei beiden Methoden gleich ist. Weibel (370) und Wertheim (380) nehmen nur bei strikte kontraindizierter Laparotomie die vaginale Operation vor.

Die **Indikationsstellung zur Operation überhaupt** wird von folgenden Autoren besprochen: Faure (101), Hartwell (152), Ries (382), Weibel (370) und Wertheim (380). Goinard (129), Mansfeld (227), Rowntree (292) und Rüder (297) empfehlen auch für Grenzfälle, wenn nicht anders möglich, die (Palliativ)Operation. Nach v. Ott (257) ist jedoch die Operation in verzweifelten Fällen zu verwerfen.

Auch **andere Operationsverfahren** werden empfohlen. Abel (6) befürwortet die **Elektrokoagulation mittelst Hochfrequenzströmen** und der Forestschen Nadel (Diskussion!). Dickinson (92) will die Igniexstirpation ausschliesslich vaginal vornehmen. In leichten Fällen soll sogar die hohe Cervixamputation mit Exstirpation eines kegelförmigen Stückes des Corpus uteri mit dem Galvanokauter genügen. Dagegen empfiehlt Werder (377) die kombinierte abdominale und vaginale Igniexstirpation. Er gibt genau die Vorteile, Technik und Resultate dieses Verfahrens an. Hirschberg (161) wählte als Dissertationsthema die Operation mit elektrischem Lichtbogen und Elektrokaustik bei malignen Geschwülsten. Auch Russell (299) bespricht dieses Verfahren und seine Anwendung und Resultate im Krebshospital in New-York.

Impfmetastasen nach Operation wurden von Mayo (232) beschrieben.

Spätes Rezidiv nach Operation haben Charrier (65; nach 9 Jahren), Goinard (129), Orthmann (256), Staude (328; noch nach 8—10 Jahren) und Werder (377) beobachtet.

Nichtoperative Behandlung (ausschliesslich der Strahlentherapie).

Eine **Übersicht** über Stand und Erfolge der nichtoperativen Behandlung hauptsächich inoperabler Karzinome geben Czerny (82), Gould (132), Herzfeld (156), Kafemann (172), Keysser (176), Klemperer und Meidner (181), C. Lewin (207), Rozies et Arrivat (294), Rzetkowski (300), Simon (319), Thomas (351 a) und Werner (378). Die Ansicht sämtlicher Autoren geht darauf hinaus, dass vorläufig noch die Erfolge aller nichtoperativen Methoden gegen die der Behandlung mit dem Messer zurückstehen. Dieselben sollen nur dort angewandt werden, wo die Operation nicht möglich ist.

Die **Chemotherapie** des (inoperablen) Karzinoms hat unter Einfluss und in Verbindung mit der Strahlenbehandlung grossen Umfang angenommen. E. Freund (114) und auch Freund und Kaminer (cf. „Röntgentherapie der Karzinome", 17), sowie Ascher (cf. „Röntgentherapie der Karzinome", 1) und Chr. Müller (cf. „Röntgentherapie der Karzinome", 46) haben die Grundlagen erforscht, von denen sie auszugehen hat.

Zurzeit kommen vor allem zur Anwendung die **Metallkolloidverbindungen.** Man soll jedoch mit ihnen, nach Klemperer (180), trotz guter Resultate beim Tierversuch in der Anwendung beim Menschen ganz besonders vorsichtig sein. Die Tumoraffinität dieser Verbindungen beruht wahrscheinlich auf ihrer Eigenschaft als Kapillargift wirksam zu sein und die verschiedenartige Vaskularisation der tierischen und menschlichen Tumoren ist nach dieser Auffassung die Ursache davon, dass die im Tierexperiment so wirksamen Metallverbindungen beim Menschen so oft nicht nur ganz versagen, sondern auch schaden (Kapillarnekrosen).

Besonders die **Kolloidalverbindungen des Selens** kommen vielfach zur Anwendung. Die Resultate sind aber nicht besonders günstig; besser, wenn die Behandlung kombiniert wird mit der Bestrahlungstherapie. Blumenthal (34) hat eigene Erfahrungen an 600 intravenösen Injektionen und hat speziell die damit verbundenen Temperaturerhöhungen studiert. Beim Gesunden sind dieselben nur unerheblich, beim Karzinomkranken dagegen charakteristisch, proportional der Schwere der Erkrankung (als Folge von ins Blut Übergehen von Karzinomtoxinen). Er gibt ausführlich die Technik und Dosierung der Injektionen an. Hift (160) hat die allergieähnlichen Erscheinungen an der Haut nach Einverleibung von kolloidalen Metallen beim Menschen studiert. Braunstein (48) sah nach intravenösen Injektionen (bis zu 28) in fast allen Fällen die Tumoren kleiner werden und das Körpergewicht zunehmen. Nach Herzfeld (156) entfalten nachgewiesenermassen alle Kolloidalverbindungen der Schwermetalle Platin, Gold, Silber, Blei, Rubidium, Iridium usw. dieselbe elektive Wirkung auf die Mäusekrebszellen wie das Selen. Wirkliche positive Erfolge beim Menschen wurden jedoch mit diesen Behandlungsmethoden bis jetzt nicht erzielt. Jeremitsch (168) hat 16 Krebskranke mit Elektroselen behandelt. In keinem Falle trat Besserung ein; eine spezifische Wirkung konnte nicht nachgewiesen werden. Auch die Begleiterscheinungen des Karzinoms blieben unbeeinflusst und die Bildung von Rezidiven wurde nicht verhindert. Die Behandlung soll nicht indifferent sein und ist besonders in schweren Fällen kontraindiziert. Auch in Jourdans drei Fällen (171) war der Erfolg vollkommen negativ. Meidner (234) teilt als Endresultat der Untersuchungen des Berliner Krebsinstituts mit,

dass wo die Misserfolge so zahlreich sind, dem Elektroselen voraussichtlich wie so vielen anderen Mitteln in der Behandlung des Krebses keine bleibende Stätte beschieden sein wird. v. Oefele (253) dagegen, der Vanadiumselenium benutzte, sah gute Erfolge und glaubt an die Möglichkeit, mittelst dieser Behandlung inoperable Tumoren in operable umzuwandeln. Philipp (273) hatte dagegen wieder gar keine Erfolge, sah Schüttelfröste mit starker Zyanose, Krämpfe und andere nicht unbedenkliche Erscheinungen auftreten, so dass er weitere Versuche einstellte. Széczi (334) beobachtete zerstörende Wirkung auf Mäusetumoren durch kombinierte Cholin- und kolloidalen Selen-Vanadiumeinspritzungen. Touche (352) behandelte 27 Fälle. Heilungen traten nicht ein, aber die klinischen Erfolge waren trotzdem günstig. Als Palliativmethode wäre die Behandlung zu empfehlen. Trinkler (354) beobachtete einige Besserung infolge der Injektionen; Nebenwirkungen kamen wenigstens nicht vor. Nach Walker and Wittingham (364) beruht die Wirkung der Selenpräparate nicht auf elektiver Beeinflussung der Tumorzellen, sondern ist sie eine periphere Gefässkontraktion, die ihrerseits wieder eine Gefässerweiterung und Überdruck im Tumor und damit Hämorrhagien und Erweichung erzeugt. Die Zukunft wird derjenigen Therapie gehören, die eine Vereinigung eines gefässkontrahierenden und so die Tumorgefässe dilatierenden und eines spezifisch auf die Zellen des Tumors einwirkenden Mittels darstellt. Ferner teilt noch Wilhen (381) seine Erfahrungen mit.

Seleneosin hat nach Simon (319) und Weber (367) Aussicht, ein für die Therapie brauchbares Mittel zu werden; Walker (363a) lehnt dieses Mittel ab.

Loeb und seine Mitarbeiter (217 u. 216) benutzten **Kolloidkupfer** und **Kolloidplatin,** sahen aber bei Kaninchen das Wachstum der Tumoren nur solange aufhören, wie die Injektionen dauerten; nachher fingen sie sofort wieder zu wachsen an. Weil (372) benutzte kolloidales Kupfer bei menschlichem Karzinom, konnte aber damit in 12 Fällen eine Destruktion des Tumorgewebes nicht erzielen. Chabanier und seine Mitarbeiter (64) studierten die Wirkung des kolloidalen Kupfers auf das Blut. Gelarie (123) machte mit diesem Präparat Versuche bei Karzinommäusen.

Burzi (61) hatte mit **Kupferlezithin** bei Karzinom nur geringen Erfolg; bei fortgesetzter Anwendung sah er sogar ausgesprochene Tendenz zur Verschlimmerung.

Gaube (122) teilt gute Resultate an 15 Fällen mit von der Behandlung mit **Cuprase,** einem kolloidalen Kupferoxydhydrat. Rozies (293) hatte mit demselben Präparat in vier Fällen nur geringe Erfolge und die Injektionen verursachten stundenlang anhaltende Schmerzen.

C. Lewin (207) empfiehlt **Elarson, Atoxyl,** etwa in Verbindung mit **Pankreatin,** und hebt die mannigfachen **Arsenpräparate,** auch das **Jodkali,** als brauchbar hervor.

Betreffs der **Cholineinspritzungen** (**Enzytol-Borcholin**), die meistens in Kombination mit der lokalen Bestrahlung der Geschwülste angewandt werden, sind die zahlreichen im Kapitel „Radium- und Mesothoriumbestrahlung der Karzinome" erwähnten Arbeiten nachzusehen. Aus dem vorliegenden Kapitel sei nur auf die Publikationen von E. Freund (114), Opitz (254), Sellei (315), Simon (319), Széczi (334) und Werner (378 u. 379) hingewiesen. Ihre Wirkung stützt sich auf die chemischen Veränderungen, die in dem Tumorgewebe und den Tumorzellen unter Einfluss der Bestrahlung beobachtet wurden.

Über eine **Vakzinationstherapie** des Krebses berichten Deheegher (87), Goormachtich (130), C. Lewin (209), Lunckenbein (224) und Pinkuss und Kloninger (275). Besonders in kombinierter Anwendung mit der Strahlentherapie werden von ihr Erfolge erwartet.

Eine **Autolysatbehandlung** wurde von Sellei (315) angewandt. Er konnte keine Heilung erzielen, wohl aber sah er an den Geschwülsten lebhafte Reaktionen, die er auf das bei der Autolyse entstehende Cholin zurückführt. Dieselbe Therapie wird von Lunckenbein (224) empfohlen. Die Herstellung des Autolysates nach Rovsing beschreibt er ganz genau.

Nowell (251) hat aus Karzinomsubstanz einen in Wasser löslichen Körper in Form von langen, weissen, nadelförmigen Kristallen isoliert, mit dessen Einspritzung er bei tumorkranken Kaninchen therapeutisch günstige Effekte erzielt zu haben glaubt.

Das **Antimeristem Schmidt** wurde von Stockmann (331) angewandt. Es ist teuer und schadet mehr als es nützt.

Die **Zellersche Krebsbehandlung** mittelst Arsen-Silizium hat, wenigstens für gynäkologische Fälle, vollkommen versagt. Sie wird fast einstimmig abgelehnt: L. Burckhardt (60), Chlumsky (67), Herzfeld (156), Holzbach (163), Kronheimer (193; schwere Arsenvergiftungserscheinungen!), C. Lewin (207), Lotz (221; Diskussion), Schwalbe (312; Umfrage bei den Direktoren der chirurgischen Universitätskliniken Deutschlands,

Österreichs und der Schweiz; alle lehnten die Behandlung ab), Vörner (362; Diskussion) und Werner (378). Nur Neuwirth (249; Intrauterinforzeps! Ätzungsbehandlung beginnender Krebse!) empfiehlt sie für Fälle, in denen die primäre Operation wegen unsicheren histologischen Befundes nicht verantwortet werden kann oder verweigert wird! Auch noch Röthler (290) glaubt, in zwei Rezidivfällen nach Wertheimscher Operation Besserung gesehen zu haben.

Bainbridge (17) empfiehlt als Methode der Behandlung des inoperablen Krebses die **Gefässunterbindung.** Dafür kommen in Betracht in erster Stelle die beiderseitigen Artt. iliacae interna; wenn möglich die Artt. uterinae, obturatoriae, sacralis media und zur Not die Arteriae iliacae comm. Letztere hat Bainbridge zweimal, ohne schwere Folgen zu sehen, unterbunden. Technik und Resultate an 56 Fällen werden ausführlich mitgeteilt. Nicolsky (250) schreibt über die Unterbindung der Arteriae hypogastricae, die er an über 100 Fällen ausführte.

Die **Fulgurationsbehandlung** des Krebses und ihre Resultate werden von Bainbridge (16), Manzavino (228); 10 Fälle), Seeliger (314; Dissertation) und Titus (351 b) behandelt.

Berczeller (26 u. 27) meint, zur Palliativbehandlung inoperabler Portiokarzinome **Zuckerstaub** empfehlen zu können. Michailow (238) glaubt, Erfolge mit der kombinierten Behandlung mit **Jodkali** und **subkutanen Einspritzungen von Natrium arsenicosum** gesehen zu haben. Mirto (241) empfiehlt **Natriumbiborat und Chinin**; Jeremitsch (167) hatte mit **Pyraloxin** keine Erfolge zu verzeichnen.

Neuwirth (249) meint, beginnende Portiokarzinome durch wiederholte **Ätzungen mit rauchender Salpetersäure** heilen zu dürfen.

Der Arbeiten, die sich mit der Möglichkeit der **Spontanheilung** von Uteruskarzinomen befassen, ist schon oben Erwähnung getan.

Strahlentherapie der Karzinome.

Siehe auch „Strahlentherapie der Myome" und für die Technik: Kap. II. „Elektrizität usw.".

a) Röntgentherapie.

1. Ascher, L., Die Chemotherapie der Tuberkulose und die chemische Imitation der Röntgenstrahlen. Ärztl. Verein in Nürnberg. Sitzg. vom 6. Nov. Ref. Münchn. med. Wochenschr. 1914. Nr. 7. p. 391. Deutsche med. Wochenschr. 1914. Nr. 8. p. 415. (Verwendung des Borcholins — Enzytolinjektionen — bei leichten und mittelschweren Fällen von chirurgischer und Lungentuberkulose mit schönen Erfolgen an 100 Fällen.)
2. Aschoff, L., B. Krönig und C. J. Gauss, Zur Frage der Beeinflussbarkeit tiefliegender Krebse durch strahlende Energie. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 7 u. 8. p. 337 u. 413. (In acht Fällen wurden Karzinome (des Uterus, der Ovarien, der Vulva, der Mamma, des Magens und der Gallenblase) vor und nach der Bestrahlung untersucht. Der Patholog-Anatom kommt zu dem Schluss: 1. Die spezifische Einwirkung der Röntgenstrahlen im Sinne einer Rückbildung oder Umbildung zu weniger bösartigen Typen ist auch auf tiefliegendes Krebsgewebe nachweisbar. 2. Diese spezifische Wirkung ist nur eine lokale, auf das Bestrahlungsgebiet beschränkte. Eine Fernwirkung ist, wenn überhaupt, nur in beschränktem Masse anzunehmen. 3. Die bisherigen Obduktionsbefunde zeigen, dass der Organismus eine solche intensive Durchstrahlung ohne nachweisbare Schädigung lebenswichtiger Organe ertragen kann. Ob das auch für noch längerdauernde Bestrahlungen gilt, können erst die zukünftigen Beobachtungen zeigen. 4. In den bisher obduzierten Fällen ist keine völlige Vernichtung des Krebsgewebes erreicht worden. — Eine Fernwirkung der Röntgenstrahlen auf die Karzinommetastasen ist unwahrscheinlich.)
3. Beckmann, W. G., Die moderne Behandlung des Krebses mittelst Radium, Mesothorium und Röntgenstrahlen. Wratsch. Gaz. Nr. 47.
4. Blumenthal, F., Scheinbarer Erfolg bei einer Krebsgeschwulst durch Kombination der Atoxyl- und Strahlentherapie. Strahlentherapie. Bd. 3. p. 523. (Röntgenstrahlen allein waren erfolglos gewesen; erst bei Kombination mit Atoxyl (4,4 g in sieben Monaten) und arseniger Säure (0,088 g in 22 Einspritzungen) auffallender, zunächst temporärer Erfolg.)

5. Bumm, E., Über die Erfolge der Röntgen- und Mesothoriumbehandlung beim Uteruskarzinom. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 22. p. 1001—1006. (Siehe unter b) Radium, Mesothorium, Nr. 13.)

6. — und H. Voigts, Zur Technik der Karzinombestrahlung. Münchn. med. Wochenschrift. Nr. 31. p. 1697—1701. (Siehe unter b) Radium und Mesothorium, Nr. 17.)

7. Bythell, W. J. S., and A. E. Barclay, X Ray diagnosis and treatment. London, Hodder and Stoughton. 1912. (139 Seiten, 118 Abb., Preis 15 Schilling.) Ref. The Lancet. Nr. 4665. Jan. 25. p. 248.

8. Chlumsky, V., Über die nichtoperative Behandlung von bösartigen Tumoren. Wiener klin.-therap. Wochenschr. Nr. 10. 295—298. (Siehe unter „Karzinome", Nr. 67.)

9. Colin, A., Die moderne Krebsbehandlung. Zentralbl. f. d. ges. Therap. Heft 10. Okt. p. 505—508. (Kurzes Übersichtsreferat der Strahlenbehandlung.)

10. Denks, H. G. R., Uteruskarzinom, seit $2^1/_2$ Jahren mit gutem Erfolg mit Röntgenstrahlen behandelt. Ärztl. Verein in Hamburg. Sitzg. vom 3. Juni. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 25. p. 1405. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 26. p. 1234. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 45. p. 2227. (Fall von ausgedehntem, inoperablem Uteruskarzinom, zuerst solaminis causa Dezember 1910 nach ausgiebiger Curettage mit kleinen Röntgendosen bestrahlt. Nach $^1/_2$ Jahr war das Resultat so überraschend gut, dass jetzt die Röntgenbehandlung mit kleinen Dosen methodisch durchgeführt wurde. In $2^1/_2$ Jahren hat die Patientin in 97 Sitzungen etwas über 300 Kienböck-Einheiten erhalten. Jetzt fühlt man per rectum nur noch zwei kleine harte Gebilde, die grossen Tumormassen in den Parametrien, der geschwürige Krater im Uterus, die Vaginametastasen usw. sind alle verschwunden. Patientin geht es ausgezeichnet.)

11. Döderlein, A., Über die Behandlung mit Röntgenstrahlen und Mesothorium in der Gynäkologie, besonders beim Uteruskarzinom. Ärztl. Verein in München. Sitzg. vom 26. Febr. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 23. p. 1296. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 15. p. 705. Als Original erschienen in Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. Heft 5. p. 553—593. (Siehe unter b) Radium, Mesothorium, Nr. 30.) (Diskussion: G. Klein (cf. Nr. 29); Kaestle bespricht die Schwierigkeiten objektiver Röhrenhärtemessung und der Röntgenstrahlendosimetrie; Technik der Felderbestrahlung. Nach 120—300 X ist meist der volle Erfolg erzielt. Reizblutungen kamen ebensowenig zur Beobachtung wie andere Röntgenschäden. Bei inoperablen Karzinomen wird man mit Röntgenstrahlen unbedenklicher vorgehen als bei Myombestrahlungen. Sielman gelang es öfters, die Jauchung eines inoperablen Uteruskarzinoms durch Röntgenstrahlen zum Stillstand zu bringen, die Schmerzen zu heben, doch gelang es nicht, den Karzinomtod abzuwenden. Dagegen hat Sielman zwei Fälle von intraperitonealem Sarkom durch Röntgenstrahlen bis jetzt erhalten können. Ferner verteidigt Sielman sich wegen eines ihm vorgeworfenen Falles von Röntgenschädigung; die Patientin soll Diabetikerin gewesen sein. Er übt die Felderbestrahlung, hält aber die Albers-Schönbergsche Maximaldosis pro Feld ein und sieht meist schon bei 50 X Erfolge. Jugendliches Alter von Myompatienten bietet für ihn keine Kontraindikation gegen die Röntgenbehandlung. v. Seuffert hält die 3 mm-Aluminiumfilterung für notwendig und genügend. Zur Erzielung der Amenorrhoe genügen oft 20—50 X. Da man aber bei der ersten Bestrahlung nie wissen kann, ob ein solcher Fall vorliegt und in jedem Falle mit einer so geringen Dosis eine Reizwirkung erzeugt wird, die gefährliche Blutungen hervorrufen kann, ist man aus dem obersten therapeutischen Grundsatz, nil nocere, gezwungen, in jedem Falle sofort eine Dosis zu geben, von der man sicher ist, dass sie wenigstens keine schädliche Reizwirkung auslöst, und diese Dosis liegt um 200 X.)

12. — Die Röntgentherapie bei Myom und Karzinom. Bayr. gyn. Ges. Sitzg. vom 9. März. Als Original erschienen in Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. Heft 5. p. 553—593. (Siehe unter b) Radium, Mesothorium, Nr. 31.)

13. — Röntgenbehandlung der Uteruskarzinome. Münchn. gyn. Ges. Sitzg. vom 13. März. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 17. p. 630—634.

14. — Röntgen- und Mesothoriumbehandlung bei Myom und Karzinom des Uterus. XV. Versamml. d. deutsch. Ges. f. Gyn. (Halle a. S.) Sitzg. vom 16. Mai. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 24. p. 1182. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 25. p. 1403. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 26. p. 1238. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 24. p. 893. Als Original erschienen in Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. Heft 5. p. 553—593. (Siehe unter b) Radium, Mesothorium, Nr. 33.)

15. Döderlein, A., Röntgenstrahlen und Mesothorium in der gynäkologischen Therapie, insbesondere auch bei Uteruskarzinom. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. Heft 5. p. 553—593. (Siehe unter b) Radium und Mesothorium.)

16. Fowler, F., The technique of X-Ray treatment of cancer. Brit. med. Assoc. Meeting in Brighton. July 23—25. Ref. The Brit. med. Journ. Nr. 2754. Oct. 11. p. 912—913. (Wird an anderer Stelle, Kapitel II „Elektrizität usw." referiert.)

17. Freund, E., und G. Kaminer, Über chemische Wirkungen der Röntgen- und Radiumstrahlen in bezug auf Karzinom. K. k. Ges. d. Ärzte in Wien. Sitzg. vom 24. Jan. Ref. Wiener med. Wochenschr. Nr. 6. p. 396. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 9. p. 425. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 6. p. 331. Als Original erschienen Wiener klin. Wochenschr. Nr. 6. p. 201—203. (Ausgehend von den Beobachtungen der Röntgenkarzinome haben die Vortragenden Haut- und andere Organstückchen mit Röntgen- und Radiumstrahlen behandelt und dann nachgesehen, wie diese zwei Faktoren, welche bekanntlich Karzinomzellen beeinflussen, auf unveränderte Gewebe einwirken. Es zeigte sich hierbei folgendes: Eine intensive Einwirkung der Röntgenstrahlen (therapeutisches Bestrahlen war wirkungslos) bewirkte das Verschwinden der im normalen Serum und in dem normalen Gewebe vorhandenen Fettsäure, welche ihrerseits — was frühere Untersuchungen gezeigt hatten — Karzinomzellen zerstört. Im Gegensatz hierzu vermochte die Radiumbestrahlung aus Karzinomserum und Karzinom-Muttergewebe, die Karzinomzellen unverändert lassen, ja sogar gegen normales Serum schützen, eine die Karzinomzellen zerstörende Säure freizumachen. Die Quelle dieser Säure ist das Nukleoglobulin. — In praktischer Hinsicht ist dies wichtig, indem sich zeigt, dass eine Haut, welche durch die Röntgenbestrahlung ihr Zerstörungsvermögen verloren hat, es durch eine nachfolgende Radiumbestrahlung wieder gewinnen kann. Ferner lässt sich der Schluss ziehen, dass das Verschwinden der Fettsäure der Karzinombildung vorausgeht.)

18. Gál, F., und K. Flesch, A méhráknak Röntgennel és mesothoriummal való kezeléséröl. Orvosi Hetilap. Gyn. Nr. 2. (Sammelbericht über die Röntgen- und Mesothoriumbehandlung des Gebärmutterkrebses.) (Temesváry.)

19. Haendly, P., Die Wirkung der Mesothorium- und Röntgenstrahlen auf das Karzinom, den Uterus und die Ovarien. Strahlentherapie. Bd. 3. Heft 1. p. 300—307. (Siehe unter b) „Radium und Mesothorium".)

20. Hammerschlag, S., Diskussion zu Bumm: Röntgenbehandlung des Uteruskarzinoms. Berl. med. Ges. Sitzg. vom 28. Mai. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 23. p. 1085. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 24. p. 1177. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 22. p. 1235. La sem. méd. Nr. 23. p. 274. (Vortragender hat einen Fall von Pruritus vulvae mit Röntgenstrahlen behandeln lassen. Während dieser Behandlung entwickelte sich auf der pruritisch veränderten Vulva ein Karzinom, welches er dann operiert hat. Hier hat also, zum mindesten gesagt, die Röntgenbestrahlung die Entwickelung des Karzinoms nicht verhindern können.)

21. Hedinger, E., Carcinoma sarcomatodes corporis uteri bei einer 57 jährigen Frau, welche wegen Uterusmyom mit Röntgenstrahlen behandelt wurde. Med. Ges. in Basel. Sitzg. vom 23. Jan. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 10. p. 488. (Cf. „Sarkome", Nr. 17.)

22. Hölder, H., Über Strahlenbehandlung in der Gynäkologie. Med.-naturwiss. Ver. Tübingen. Sitzg. vom 15. Dez. Ref. Münchn. med. Wochenschr. 1914. Nr. 8. p. 449. (An der Tübinger Frauenklinik erst seit $^3/_4$ Jahren eingeführt. Von 26 in Angriff genommenen inoperablen Karzinomen und Sarkomen — fast ausschliesslich Rezidive, zum Teil mit Metastasen! — sind sieben nach kurzer Behandlungsdauer dem fortschreitenden Krebs erlegen. In der Mehrzahl der Fälle wurde Hebung des Allgemeinbefindens beobachtet. Um an strahlender Energie zu sparen, wurden Injektionen von Elektrokobalt, das die Patientinnen sehr gut vertragen, gemacht. Gleichzeitig wurden 22 mg Radium als Unterstützung der Röntgentherapie angewandt. Ein inoperables Karzinomrezidiv, das in dieser Weise behandelt wurde, konnte probeweise entlassen werden, da die Neubildung so gut wie vollständig zurückgebildet war.)

23. Holzbach, E., Erfahrungen mit der Röntgentherapie. XV. Versamml. d. Deutsch. Ges. f. Gyn. (Halle a. S.) Sitzg. vom 16. Mai. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 24. p. 1183. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 25. p. 1404. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 27. p. 1281. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 24. p. 898. Gyn. Rundschau. Heft 14. p. 526. (Seit Einführung der Freiburger Filter-Nachbestrahlung ist von Holzbach ein gegen die

Therapie refraktärer Fall nicht beobachtet. Die Maximaldosis betrug bis jetzt 800 X. Die Erythemdosis von 10 X pro Feld kann bei der 3 mm-Aluminiumfilterung dreist überschritten werden: Verbrennungen sind nicht vorgekommen. Holzbachs Erfolge mit der Röntgentherapie maligner Neubildungen sind bis jetzt unbefriedigend. Vor der Zellerschen Kinnabarsanabehandlung warnt Holzbach ausdrücklich. Recht gut waren die Resultate bei Bauchfell- und Genitaltuberkulose. Holzbach injizierte Tuberkulösen vor der Bestrahlung Jodoformöl in die Bauchhöhle. Das durch die Strahlen freiwerdende Jod scheint eine starke Wirkung auf den tuberkulösen Prozess auszuüben.)

24. Johnson, F. H., On the indications for radiation before, during and after operation for cancer. The Brit. med. Assoc. Meeting at Brighton on July 25. Ref. The Lancet. Nr. 4692. August 2. p. 310. The Brit. med. Journ. Nr. 2744. August 2. p. 249. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 36. p. 2023. Ausführlich mitgeteilt: The Brit. med. Journ. Nr. 2754. Oct. 11. p. 911—912. (Das Dogma, den Krebs sofort nach Diagnosestellung zu operieren, bedarf einer Revision. Da die Operation leicht zur Dissemination von Krebskeimen führt, will Redner vor der Operation die Zellen durch eine dreiwöchentliche Bestrahlungstherapie abschwächen. Eine Verzögerung in der Heilung der Operationswunde tritt nicht ein. Bei Schmerzen und Exulzerationen ist die präoperative Bestrahlung absolut nötig; da jedoch die günstige Wirkung nicht permanent ist, darf der richtige Zeitpunkt zur Operation nicht versäumt werden. Auch soll die Tiefe der Operationswunde vor dem Verschluss mit einer grossen Dose bestrahlt werden. Die prophylaktische Behandlung soll bei Patienten, die vorher nicht röntgenisiert worden sind, sofort beginnen, bei anderen ist eine Pause von 3—4 Wochen gestattet. Zu bestrahlen sind nicht allein der ursprüngliche Primärsitz, sondern auch die Prädilektionsstellen der Metastasen.)

25. Kaestle, K., Röntgentherapie in der Gynäkologie. Münchn. gyn. Ges. Sitzg. vom 23. Jan. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 12. p. 427—428. (Ausführliche Mitteilung der Technik. Vortragender hat eine Anzahl von inoperablen Karzinomen innerer weiblicher Genitalien bestrahlt, davon zwei mit auffallend gutem palliativen Erfolg. Von ihrem Karzinom geheilt ist keine. Vielleicht ist von der Verbindung der Röntgenbestrahlung mit der Anwendung radioaktiver Substanzen noch Wertvolles zu erwarten.)

26. — Einiges über Technik und Erfolge meiner gynäkologischen Röntgenbestrahlungen. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 20. Heft 2. p. 85—87. (Verf. hat auch einige inoperable Karzinome mit gutem Erfolg bestrahlt, ohne bereits von Heilung sprechen zu können. Er kombiniert die Behandlung vielfach mit Diathermie und Arsonvalisation.)

27. Kelen, B., und S. Scherer, A méhràk kerelése Röntgen-és radiumbesugárzással. Orvosegyesületi Ertesitö. Nr. 23. (Bericht über die Erfolge der Röntgen- und Radiumbestrahlung bei Gebärmutterkrebs. Selbst kleine Radiumquantitäten können, kombiniert mit der Röntgenbestrahlung, zur Heilung führen. Natürlich ist, wo es möglich scheint, vor allem die operative Behandlung beizubehalten.) (Temesváry.)

28. Klein, G., Röntgenbehandlung des Uteruskarzinoms. Münchn. gyn. Ges. Sitzg. vom 23. Jan. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 12. p. 431—433. (Vortragender hat schon seit 1904 Uteruskarzinome röntgenisiert, mit gutem Erfolg. Das Epithel des Karzinoms wird in seinem Wachstum eingeschränkt, das Bindegewebe wuchert stärker. In den letzten Jahren wurden 16 inoperable Karzinome und sechs Rezidive nach Operation bestrahlt. Er teilt ausführliche klinische und histologische Resultate mit. Es liegt noch keine sichere Heilung vor, aber es ist kaum zu bezweifeln, dass ein hemmender Einfluss auf das Karzinom durch Röntgenstrahlen bewirkt wird. „Wir stehen am Beginn einer neuen Karzinombehandlung.")

29. — Röntgenbehandlung bei Karzinom des Uterus, der Mamma und der Ovarien. Ärztl. Verein in München. Sitzg. vom 26. Febr. u. 13. März. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 17. p. 623—624. Ann. de gyn. et d'obst. Tome 10. Août. p. 486. Als Original erschienen in Münchn. med. Wochenschr. Nr. 17. p. 905—906. Strahlentherapie. Bd. 3. Heft 1. p. 260—271. (Verf. will die Priorität der Karzinombestrahlung für sich in Anspruch nehmen. Sie wurde von ihm seit 1904 ausgeführt. Die Ergebnisse der Bestrahlung mit den neueren Methoden seit 1911 sind zum Teil überraschend gut. Es wurden 21 Patientinnen wegen Uteruskarzinoms röntgenisiert, und zwar 12 nach Exstirpation des karzinomatösen Uterus und neun bei inoperablem Uteruskarzinom. Das Bild nach Röntgenbehandlung ähnelt weitgehend dem nach Exkochleation und Kauteri-

sation. Das Karzinom wird an der Ausbreitung gehemmt und mit einem derben bindegewebigen Mantel oder Wall umgeben. Verf. glaubt, dass wir am Anfange einer Umwälzung der Karzinombehandlung stehen.)

30. Klein, G., Erfolge der Röntgenbehandlung bei Karzinom des Uterus, der Ovarien und der Mamma. XV. Versamml. d. Deutsch. Ges. f. Gyn. 14.—17. Mai zu Halle a. S. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 25. p. 1230. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 27. p. 1282. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 24. p. 898. Gyn. Rundschau. Heft 14. p. 526. Als Original erschienen in Münchn. med. Wochenschr. Nr. 17. p. 905—906. (Referat cf. Nr. 29.)

31. — Übersicht der 150 in der K. Poliklinik für Frauenleiden zu München mit Röntgenstrahlen behandelten Fälle (Mai 1911 bis März 1913). Flugblatt, herausgegeben gelegentlich des XV. Kongresses der deutsch. Ges. f. Gyn. zu Halle a. S. Mai.

32. — Röntgenstrahlenbehandlung der Uteruskarzinome. XVII. Intern. med. Kongr. in London. 6.—12. August. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 37. p. 2082. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 38. p. 1787. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 45. p. 1877. (Freiburger Methode, Bestrahlung vor und nach der Operation. Man soll heute noch nicht von der Operation absehen. Neben Operation und Bestrahlung Verwendung von Arsen, Selen, Borcholin usw.)

33. Klotz, R., Die Beeinflussung des inoperablen Uteruskarzinoms mit Strahlen- und intravenöser Chemotherapie. III. Internat. Konferenz f. Krebsforsch. (1.—5. August) zu Brüssel. Als Original erschienen in Münchn. med. Wochenschr. Nr. 31. p. 1704 bis 1705. Ref. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 35. p. 1404. (Verf. empfiehlt die Kombination der Röntgen- und Radiumbestrahlung mit der intravenösen Verabreichung von Elektrokobalt oder Karzinomserum. Zweck dieser Kombination ist die Ergänzung der ungenügenden Tiefenwirkung und die Herabsetzung der sonst notwendigen ganz enormen Energiemengen der strahlenden Materie durch die tumoraffinen Substanzen. Eine günstige Beeinflussung des Karzinoms durch die intravenöse Applikation des Kobalts allein konnte nicht festgestellt werden. Dagegen soll eine ganz beträchtliche Rückbildung des Karzinoms, vor allem in der Tiefe der Parametrien, durch die Kombinationsbehandlung nicht zu verkennen sein. Allerdings verfügt Verf. erst über 13, auch nur zum Teil systematisch behandelte Fälle, deren Behandlungsdauer erst sehr kurze Zeit zurückliegt. Heilungen wurden bisher nicht erzielt. Verf. verspricht sich viel von der kombinierten Radio- und Serumbehandlung (cf. L. Seeligmann, Nr. 57).

34. — Ersparnis an strahlender Energie bei der Behandlung des inoperablen Karzinoms. Ges. f. Natur- u. Heilk. in Dresden. Sitzg. vom 22. Nov. Ref. Münchn. med. Wochenschr. 1914. Nr. 3. p. 160. Als Original erschienen in Deutsche med. Wochenschr. Nr. 52. p. 2554—2557. (Übersicht der verschiedenen Sensibilisierungsmethoden; intravenöse Injektionen tumoraffiner Substanzen, künstliche Erzeugung von Hyperämie im Tumor. Nutzbarmachung der Sekundärstrahlung. Strahlenersatz durch Cholin. Vorwiegend technische Betrachtungen, die an anderer Stelle (Kap. 2, „Elektrizität usw." referiert werden.)

35. Knox, R., The prophylactic use of X rays before and after operation for malignant disease. The Lancet. 1912. Vol. 183. Sept. 14. p. 753.

36. Kotzenberg, W., Röntgenbestrahltes Karzinomrezidiv. Ärztl. Verein in Hamburg. Sitzg. vom 11. März. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 12. p. 671. (Totalexstirpation. Rezidiv. Zwei Jahre durch Arsen + Röntgen rezidivfrei.)

37. — Die Röntgentherapie der malignen Tumoren. Ärztl. Verein zu Hamburg (Biol. Abt.). Sitzg. vom 24. Juni. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 33. p. 1542. (Demonstration einer Reihe klinisch geheilter Fälle, darunter von 15 inoperablen Uteruskarzinomen zwei.)

38. Kroemer, P., Einwirkung von Röntgen- und Mesothoriumstrahlen auf maligne Neubildungen der Genitalien. Strahlentherapie. Bd. 3. Heft 1. p. 226—245.

39. Krönig, B., und C. J. Gauss, Die Strahlentherapie in der Gynäkologie: Röntgen- oder Radiumtherapie? Zentralbl. f. Gyn. Nr. 5. p. 153—159. (Siehe b) Radium und Mesothorium, Nr. 93.)

40. — — Die operationslose Behandlung des Krebses. XV. Versamml. d. deutsch. Ges. f. Gyn. (Halle a. S.). Sitzg. vom 16. Mai. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 24. p. 1181. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 25. p. 1403. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 26. p. 1238. (Der Vortrag wurde als: „Die Behandlung des Krebses mit Röntgenlicht und Mesothorium" in der Deutschen med. Wochenschr. Nr. 26. p. 1233 veröffentlicht. Siehe unter b) Radium und Mesothorium, Nr. 94.)

40a. Lange, S., Roentgenotherapy in measured massive doses. The journ. of the Amer. med. assoc. Tome 61. Nr. 8. p. 556—559. (Selektives Verhalten der Krebszellen den Röntgenstrahlen gegenüber im Vergleich mit normalen Gewebszellen, was mit einer höheren Absorptionskraft für Röntgenstrahlen zusammenhängt. Bedingungen, welche zu erfüllen sind, um zu einer erfolgreichen Bestrahlung zu gelangen. An verschiedenen Beispielen sucht Verf. den Vorzug einmaliger grosser Dosen zu erläutern.)

41. Levy-Dorn, M., Diskussion zu Bumm: Röntgenbestrahlung des Uteruskarzinoms. Berl. med. Ges. Sitzg. vom 28. Mai. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 23. p. 1082. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 24. p. 1177. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 22. p. 1235. La sem. méd. Nr. 23. p. 274. (Vortragender hat in einem Falle von ganz inoperablem Uteruskarzinom erreicht, dass der Tumor fast vollständig schwand, die beginnende Kachexie aufhörte und die Patientin aufblühte. Nach $^3/_4$ Jahren kam aber das Rezidiv und konnte nun nicht mehr durch die Bestrahlung beeinflusst werden. Im übrigen hat Vortragender keine so sehr günstigen Resultate und würde es beim jetzigen Stande der Dinge noch nicht für richtig halten, wenn man eine Operation zugunsten der Radiotherapie verabsäumen würde. Wir sind aus dem Experimentierstadium noch nicht heraus. Vortragender hat nur mit Röntgenstrahlen, nicht mit Radium behandelt.)

41a. — Zur Wirkung der Röntgenstrahlen auf maligne Geschwülste. Strahlentherapie. Bd. 3. Heft 1. p. 210—215. (Versuche an Krebsmäusen, bei denen eine individuelle Gewebsreaktion zum Vorschein trat. Erfahrungen an drei (nicht gynäkologischen) Menschentumoren recht günstige. — Technik.)

42. Meyer, F. M., Zur Frage der Röntgenbehandlung des Karzinoms der weiblichen Genitalien. Zentralbl. f. Röntgenstr. Bd. 4. Nr. 9. p. 365—369. (Das operable Karzinom soll vorläufig noch weiter operiert werden. Allzu grosse Dosen sind wegen der Möglichkeit des Auftretens von Spätschädigungen zu vermeiden.)

43. Mohr, L., Statistische Bearbeitung der bis zum 1. Januar 1913 veröffentlichten, mit Röntgenstrahlen behandelten gynäkologischen Erkrankungen. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 20. Heft 2. p. 105—159. (Siehe unter „Strahlentherapie der Myome" a) Röntgenstrahlen, Nr. 122.)

44. Müller, Ch., Die Krebskrankheit und ihre Behandlung mit Röntgenstrahlen und hochfrequenter Elektrizität bzw. Diathermie. Strahlentherapie. Bd. 2. p. 170—191. (Es ist Verf. durch kombinierte Behandlungsmethoden (Diathermie, Hochfrequenz, Hyperämisierung, Cholineinspritzungen) gelungen, dass von 100 Karzinomfällen 32 vollständig zurückgebildet und 36 entschieden günstig beeinflusst worden sind, während die Behandlung der übrigen 32 erfolglos blieb. — Technik.)

45. — Röntgenstrahlenbehandlung von Karzinomen. Münchn. gyn. Ges. Sitzg. vom 13. März. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 17. p. 627—630.

46. — Die Röntgenstrahlenbehandlung der Tumoren und ihre Kombinationen. Gyn. Ges. in München. Sitzg. vom 19. Juni. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 32. p. 1804. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 36. p. 1768. Als Original erscheinen in Strahlentherapie. Bd. 3. Heft 1. p. 177—199. (Durch die Röntgenstrahlen wird in erster Linie das Lezithin der Zellen vernichtet. Bei diesem Zerfall entsteht insbesondere Cholin, welches seinerseits die fermentative Tätigkeit der Zellen schädigt, besonders die durch Röntgenstrahlen geschwächten Tumorzellen. Die Kombination der Röntgenstrahlen mit Mesothorium, Diathermie, Cholin, Metallkolloiden bedeutet eine einfache Verstärkung der Wirkung. Hyperämie erhöht den Lezithingehalt der Gewebe und den Stoffumsatz und damit die Cholinzufuhr, wodurch die Wirkung der Röntgenstrahlen begünstigt wird. Diathermie erhöht den Bestrahlungseffekt und sollte schon wochenlang vorher angewendet werden. Die chemische Vorbehandlung des Körpers, z. B. durch Cholindarreichung, geht darauf aus, den Zellzerfall zu unterstützen. Ähnlich verhält es sich mit der Anwendung der Kolloidmetalle, des Elektroselens, -iridiums, -vanadins, -kobalts etc. Es scheint aber auch, als ob diese Metalle eine spezifische Fähigkeit hätten, die in der Zelle enthaltenen Lipoidstoffe zu lockern und den gegen die Röntgenstrahlen widerstandsfähigen Zellkern zu schädigen. Die Metastasen reagieren geradeso wie der Haupttumor, dennoch bleiben oft Drüsen unverkleinert und auch nach Jahren noch gleich gross zurück, aber auch ohne wieder von neuem zu wachsen. Hier handelt es sich wohl um narbige Umwandlung. Vorsichtshalber sind diese Fälle aber immer wieder nachzubehandeln.)

47. Nemenow, N. J., Die Röntgenstrahlen in der Gynäkologie. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 43. p. 1592. (Cf. „Strahlentherapie der Myome", a) Röntgenstrahlen, Nr. 127.)
48. Opitz, E., Kombination der Strahlenbehandlung des Karzinoms mit Cholineinspritzungen. Mittelrhein. Ges. f. Geb. u. Gyn. Sitzg. vom 16. Febr. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Erg.-Heft. p. 402. (Cf. „Karzinome", Nr. 254.)
49. — Randbemerkungen über Unterstützung und Ersatz der Strahlenbehandlung bösartiger Geschwülste. Strahlentherapie. Bd. 3. Heft 1. p. 251—259. (Verf. empfiehlt die Kombinationsbehandlung von Cholin mit lokal angewendeten Jodquecksilber resp. Röntgenstrahlen. Das Studium der Serumbehandlung des Krebses soll nicht aufgegeben werden.)
50. Peiser, E., Über die Röntgentherapie in der Gynäkologie. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. Heft 4. p. 513. (Cf. „Strahlentherapie der Myome", a) Röntgenstrahlen, Nr. 134.)
51. Pusey, W. A., What can be done in cancer with Roentgen rays? 64. Ann. Session of the Amer. med. Assoc., at Minneapolis. June. Als Original erschienen in The Journ. of the Amer. med. Assoc. Vol. 61. Nr. 8. p. 552—556. (Nicht speziell gynäkologisch. Sichere Wirkung nur auf oberflächliche Karzinome; in der Tiefe praktisch ohne Wirkung.)
52. Ritter, H., Zur Wirkung der Röntgenstrahlen auf Karzinomzellen. Ärztl. Verein zu Hamburg. Sitzg. vom 2. Dez. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 51. p. 2406. Münchn. med. Wochenschr. 1914. Nr. 7. p. 386. (Wurde an einem ausgedehnten Falle von Karzinomatose der Haut studiert. Kleine Dosen von Röntgenstrahlen können für Karzinomzellen einen Reiz darstellen. Grosse Dosen wirken deletär auf Karzinomzellen, und zwar um so wirkungsvoller, je härter die Strahlenqualität gewählt wird. Mit zunehmender Härtung der Röntgenstrahlen wird deren elektive Wirkung auf pathologisches Gewebe gesteigert. — Diskussion: P. Wichmann hält in dem vorliegenden Falle den Beweis für diese Ansichten nicht erbracht. Er warnt vor der jetzt prinzipiell ausgesprochenen Behauptung, dass beim Karzinom die Strahlung therapeutisch um so wirksamer sei, je härter sie sei. Haenisch, Diesing.)
52a. Röntgengesellschaft, Der 9. Kongress der Deutschen —, am 29. und 30. März in Berlin. Ref. Zeitschr. f. Röntgenk. u. Radiumforschung. Bd. 15. Heft 8. p. 248 bis 255. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 14. p. 777—778 u. Nr. 15. p. 832—834.
53. Scherer, A., und B. Kelen, Über die kombinierte Behandlung des Uteruskrebses mit Röntgen- und Radiumstrahlen. 85. Versamml. deutsch. Naturf. u. Ärzte in Wien (21.—27. Sept.). Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 42. p. 2369. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 43. p. 2125. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 44. p. 1827. Wiener med. Wochenschr. Nr. 45. p. 2919. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 47. p. 2211. Frauenarzt. Bd. 28. Heft 2. p. 501. (Im ganzen standen 218 Karzinomfälle in Behandlung. Von 77 nach der radikalen Operation prophylaktisch gegen Rezidive bestrahlten Fällen wurden 58 nachuntersucht. Fünf sind seit drei Jahren, 15 seit zwei Jahren, 20 seit einem Jahre und acht seit $^1/_2$ Jahre rezidivfrei, eine Besserung der Rezidivfreiheit um etwa 10,5%. — 103 Fälle von inoperablen Uteruskarzinomen wurden bestrahlt. 24 zeigen seit $1^1/_2$—2jähriger Behandlung auffallendes Verschwinden der lokalen und allgemeinen Symptome; zwei Fälle wurden vollständig geheilt; in drei Fällen bildeten sich Rezidivknoten gänzlich zurück; zwei scheinbar inoperable Fälle wurden operabel. Vier Fälle von inoperablem Carcinoma portionis, die kombiniert mit X-Strahlen und Radium behandelt wurden, zeigen schon nach viermonatlicher Bestrahlung einen bedeutenden, teilweise vollständigen Schwund der Karzinomgeschwulst. Die X-Strahlen beeinflussen die entfernter liegenden und durch Radium nicht beeinflussbaren Infiltrationen und Kontiguitätsmetastasen. Vortragende geben dem Radium den Vorzug vor dem Mesothorium.)
54. Schmidt, H. E., Diskussion zu Bumm: Röntgenbestrahlung des Uteruskarzinoms. Berl. med. Ges. Sitzg. vom 28. Mai. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 23. p. 1083. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 24. p. 1177. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 22. p. 1235. La sem. méd. Nr. 23. p. 274. (Vortragender warnt vor grossen Dosen. Spätschädigungen — Ulzerationen — sind, ohne dass Erytheme vorher beobachtet worden sind, noch nach $1^1/_2$ Jahren aufgetreten. Ebenfalls wurden von verschiedenen Seiten — Bumm, Haendly — Frühschädigungen beobachtet und beschrieben. Auch mit mässigen Dosen lässt sich viel erreichen (Haret, Czerny und Werner). Die Annahme der grossen Toleranz der Scheidenschleimhaut für Röntgenstrahlen besteht

nicht zu Recht. Es wurde nur zu wenig darauf geachtet und bisher sind nur drei Fälle von Röntgenerythem der Vagina beschrieben worden (Dissertation von Rominger, 1911; cf. diesen Jahresbericht. Bd. 26. Abt. I, p. 11).

55. Schmidt, H. E., Über die früher und heute erzielten Erfolge der Strahlenbehandlung bei tiefgelegenen Karzinomen. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahlen. Bd. 21. Heft 1. p. 33—39. (Das sicherste Verfahren bildet — wo angängig — die Operation mit nachfolgender intermittierender Röntgenbehandlung, die nach den neuesten Prinzipien durchgeführt werden muss. Die Applikation von Massendosen auf ein und dieselbe Stelle ist bedenklich, da die Gefahr der Nekrose mit ihren oft tödlichen Folgezuständen nicht sicher zu vermeiden ist.)

56. Seeligmann, L., Die kombinierte Chemo- und Röntgentherapie maligner Geschwülste. XV. Versamml. d. Deutsch. Ges. f. Gyn. (14.—17. Mai) zu Halle a. S. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 28. p. 1329. Als Original erschienen in Deutsche med. Wochenschr. Nr. 27. p. 1310—1312. (Verf. denkt sich die Wirkung des Arsazetins in der Weise, dass die vordringende junge Karzinomzelle eine gewisse Affinität zu dem Arsen des intravenös zugeführten Arsazetins besitzt, das durch die X-Strahlen dann in eine bestimmte Arsenverbindung zersetzt wird, die in statu nascendi zerstörend auf die Neoplasmazelle wirkt. Dadurch erklärt sich zwanglos, dass beim Vorhandensein des Arsazetins oder seiner Derivate im Gewebe die Strahlenintensität nicht so gross zu sein braucht, als wenn man nur einen Zerstörungseffekt durch die Bestrahlung allein erzielen will. Die älteren, geschwächten Zellen, zwischen denen sich durch den herabgesetzten Stoffwechsel Lipoide (Lezithin) ablagern, werden durch die Strahlen aufgelöst und zerstört. Das abgelagerte Lezithin seinerseits zersetzt sich durch die Bestrahlung; es bildet sich Cholin, das selbst wieder zerstörend auf die Krebszellen einwirkt. Auch falls es sich herausstellen sollte, dass wir die Proliferation der Krebszellen durch einen parasitären Organismus oder die von ihm gebildeten Toxine bedingt ansehen müssten, dann können die genannten Anschauungen durchaus zu Recht bestehen. Siehe auch unter „Sarkome“, Nr. 45.)

57. — Die Beeinflussung des inoperablen Uteruskarzinoms mit Strahlen und intravenöser Chemotherapie. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 34. p. 1884. (Unbedeutende Bemerkungen über den Aufsatz von R. Klotz (cf. Nr. 33). Erwiderung Klotz, Münchn. med. Wochenschr. Nr. 37, p. 2096.)

58. — Über Erfolge der kombinierten Chemo- und Strahlentherapie maligner Geschwülste. 85. Versamml. deutsch. Naturf. u. Ärzte in Wien (21.—27. Sept.). Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 42. p. 2369. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 44. p. 1826. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 47. p. 2210. Frauenarzt. Bd 28. Heft 2. 15. Nov. p. 498. (Empfehlung seiner Methode, die nicht allein lokal auf dem Krankheitsherd selbst, sondern auch auf verschleppte tiefere Einnistungen des Krebses (Metastasen) heilend einwirkt und das Allgemeinbefinden der Kranken bessert.)

59. Seitz, L., Über gynäkologische Röntgentherapie. Bayr. gyn. Ges. Sitzg. vom 9. Febr. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. Heft 6. p. 855. (Bei genügend langer Bestrahlung verloren sämtliche wegen Blutungen behandelte Patientinnen ihre Blutungen. Auch nach abdominaler Totalexstirpation wegen Karzinom wurde prophylaktisch bestrahlt. In einem Falle von allgemeiner Karzinose des Bauchfells wurde durch intensive Bestrahlung eine sehr beträchtliche Verkleinerung der Tumormassen und eine längere Zeit anhaltende subjektive Besserung erzielt. Nach ca. einem Jahr aber wuchsen trotz wiedereinsetzender Bestrahlung die Massen von neuem. Bei inoperablen Karzinomen sah Vortragender bisher noch keine so eindeutigen Resultate, wie sie von Bumm und Döderlein berichtet wurden. Um Effekte zu erzielen, ist es vielleicht notwendig, eine intensivere Bestrahlung vorzunehmen.)

60. Sellheim, H., Demonstration von Schnitten durch die Becken von Frauen mit Uteruskarzinom, welche in bezug auf die Strahlenbehandlung grundverschiedene Schwierigkeiten aufweisen. 85. Versamml. deutsch. Naturf. u. Ärzte in Wien. 21.—27. Sept. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 44. p. 2176. Wiener med. Wochenschr. Nr. 46. p. 2974.

61. Sielmann, R., Röntgentherapie in der Gynäkologie. Münchn. gyn. Ges. Sitzg. vom 23. Jan. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 12. p. 428—429. (Ausführliche Mitteilung der Technik. Des Vortragenden Resultate bei Bestrahlung der Uteruskarzinome sind recht schlechte; der einzige Erfolg war der, dass einige Wochen die Schmerzen nachliessen und das Morphium fortgelassen werden konnte.)

62. Steinhaus, J., L'action des rayons X sur les tissus néoplasiques comparativement à celle sur les tissus normaux. Journ. méd. de Bruxelles. Nr. 35. p. 351—354. (Geschwülste sind nur dann gegen Röntgenstrahlen empfindlich, wenn ihre Zellen in lebhafter Teilung begriffen sind und entsprechend schnell zugrunde gehen.)
63. Telemann, W., Über Wesen und Wirkung der Röntgentiefentherapie mit besonderer Berücksichtigung der Behandlung bösartiger Geschwülste. Ver. f. wissensch. Heilk. zu Königsberg i. Pr. Sitzg. vom 15. Dez. Ref. Berl. klin. Wochenschr. 1914. Nr. 9. p. 428. (Übersicht. Bericht über 53 Fälle von inneren Tumoren, die kombiniert mit Borcholin und Röntgenstrahlen in grossen Dosen — 400 bis 6000 X — behandelt worden sind. Erfolge im allgemeinen gut, während drei Geschwülste sich als refraktär erwiesen.)
64. Theilhaber, A., Röntgenbestrahlung der Uteruskarzinome. Münchn. gyn. Ges. Sitzg. vom 23. Jan. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 12. p. 430—431. (Die Röntgenisierung soll eine Art von Unterstützung des „Naturheilung der Karzinome" darstellen. Ihr Nutzen scheint nicht ausschliesslich in der Zerstörung der Zellen des Krebses zu liegen, sondern auch zum Teil wahrscheinlich in dem Umstande, dass Hyperämie und beträchtliche Rundzelleninfiltration in der nächsten Umgebung der Karzinomzellen entsteht. Diese bilden eine Schutzwehr gegen das Vordringen des Epithels. Es ist deshalb wahrscheinlich auch zweckmässig, die Röntgenisation mit Diathermie zu kombinieren, da hierdurch die Hyperämie noch mehr gesteigert wird. Diskussion: Albrecht, der aus den vorgelegten Präparaten gerade zu dem entgegengesetzten Schluss kommt, dass Anämisierung und Schaffung von ungünstigen Ernährungsbedingungen in dem sklerotischen Gewebe die Ursache der Rückbildung des Karzinoms ist.)
65. Walter, B., Über radioaktive Substanzen und ihre therapeutische Verwendung. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 20. Heft 5. p. 511—520. (Kurze belehrende Übersicht.)
66. Warnekros, K., Zur Röntgentechnik der Karzinombestrahlung (Demonstration zum Vortrag von Bumm, cf. b) „Radium und Mesothorium" Nr. 17). Berl. med. Ges. Sitzg. vom 3. Dez. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 49. p. 2762. La sem. méd. Nr. 50. p. 599. The Brit. med. Journ. Nr. 2763. Dec. 13. p. 1547. Als Original erschienen i. d. Berl. klin. Wochenschr. 1914. Nr. 5. p. 198—201.
67. Werner, R., Die Rolle der Strahlentherapie bei der Behandlung der malignen Tumoren. Strahlentherapie. 1912. Bd. 1. p. 100. (Resumierende Erfahrungen des Heidelberger Samariterhauses. Berücksichtigt sind alle neueren radio- und elektro-therapeutischen Methoden, kurz gestreift auch Immuno-, Chemotherapie und Toxinbehandlung der malignen Tumoren. Beachtenswert ist besonders die Indikationsstellung für die einzelnen Methoden.)
68. — Erfahrungen mit den chemisch-physikalischen Behandlungsmethoden des Krebses im Samariterhause zu Heidelberg. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 38. p. 2100—2105. (Cf. b) „Radium und Mesothorium", Nr. 135.)
69. — Die nichtoperativen Behandlungsmethoden der bösartigen Neubildungen. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 10. p. 435—441. (Siehe unter „Karzinom" Nr. 378.)

Die Röntgenbestrahlung der Karzinome wird an vielen Kliniken kombiniert mit der Radium- und Mesothoriumbestrahlung. Die Publikationen auf diesen beiden Gebieten decken sich also vielfach und es ist sehr schwierig, dieselben über zwei Kapitel zu verteilen und den Inhalt gesondert zu besprechen, ohne in Wiederholungen zu verfallen oder zu oft zu dem anderen Kapitel hinweisen zu müssen. Wer sich also über ein bestimmtes Thema der Röntgentherapie der Karzinome orientieren will, schlage vorsichtigkeitshalber auch immer dasselbe oder ein verwandtes Thema bei der Radium- und Mesothoriumbehandlung der Karzinome nach. — Wieder andere, mehr allgemeine Themata, wie z. B. Röntgenschädigungen, Dosierung usw. sind unter der Röntgentherapie der Myome ausführlich berücksichtigt worden.

Von verschiedenen Seiten werden gute **Resultate** von der Röntgenbehandlung der Karzinome berichtet. So u. a. von Bumm (5 u. 6; auch bei zwei Urethralkarzinomen). Denks (10) hat durch Röntgenbestrahlung ein inoperables Uteruskarzinom in $2^1/_2$ Jahren bis auf zwei kleine harte Gebilde ganz verschwinden sehen. Der Patientin geht es ausgezeichnet. Döderlein (11 bis 15) benutzt ebenso wie Bumm meistens die kombinierte Bestrahlung und hat ausgezeichnete Erfolge zu verzeichnen. Wenn sich auch über die Dauerresultate noch gar nichts sagen lässt, sind doch die primären Erfolge so überraschend

gute, dass Döderlein sich nicht mehr für berechtigt hält, die Frauen den Gefahren einer Operation auszusetzen. In der Weise hofft er auch in fünf Jahren zu einer Statistik über die Resultate der Bestrahlung zu gelangen. Sielmann (cf. Döderlein 11) gelang es öfters, die Jauchung eines inoperablen Uteruskarzinoms durch Röntgenstrahlen zum Stillstand zu bringen, die Schmerzen zu heben, doch gelang es nicht, den Karzinomtod abzuwenden. Hirsch (cf. b) „Radium und Mesothorium", 73) hat 35 Fälle mit gutem Erfolg bestrahlt. Die Wirkung war um so besser, je höher die verabreichten Dosen. Hölder (22) hat Erfahrung an 26 Fällen. In der Mehrzahl der Fälle wurde Hebung des Allgemeinbefindens beobachtet; eine Patientin konnte, da die Neubildung so gut wie vollständig zurückgebildet war, probeweise entlassen werden. Auch Kaestle (25 u. 26) konnte zwar keine Patientin heilen, hatte aber doch zweimal einen auffallend guten Palliativerfolg. Klein (29) bestrahlte bis jetzt 22 Fälle und konnte unzweifelhaft hemmenden Einfluss auf das Wachstum der Tumoren feststellen. Auch Klotz (33) ist an 13 Fällen über die Behandlung bisher sehr zufrieden. Kotzenberg (36 u. 37) konnte durch Röntgenbestrahlung ein Karzinomrezidiv nach Totalexstirpation zum Verschwinden bringen und die Patientin bis jetzt zwei Jahre rezidivfrei halten. Auch wurden von 15 inoperablen Karzinomen zwei klinisch geheilt. Levy Dorn (41) erreichte in einem Falle, dass das vorher inoperable Karzinom fast vollständig schwand, die beginnende Kachexie aufhörte und die Patientin aufblühte. Das Rezidiv nach $^3/_4$ Jahr konnte jedoch nicht mehr beeinflusst werden. Müller (44) hat durch kombinierte Behandlungsmethoden erreicht, dass von 100 Karzinomfällen 32 vollständig zurückgebildet und 36 günstig beeinflusst wurden, während die Behandlung der übrigen 32 erfolglos blieb. Ein Vulvakarzinomrezidiv aus dem Material Heimanns (cf. „Röntgentherapie der Myome", 66) blieb nach viermaliger Operation seit der Bestrahlung rezidivfrei. Nemenow (47) hatte in einigen Fällen von inoperablen Uteruskarzinomen relativ gute Erfolge. Scherer und Kelen (53) verfügen sogar schon über 103 bestrahlte Fälle von inoperablem Uteruskarzinom. 24 zeigen seit $1^1/_2$—2jähriger Behandlung auffallendes Verschwinden der lokalen und allgemeinen Symptome; zwei Fälle wurden vollständig geheilt; zwei scheinbar inoperable Fälle wurden operabel. Verff. bedienen sich der kombinierten Röntgen-Radiumbestrahlung, die anscheinend günstiger wirkt wie jede einzelne für sich. Auch Telemann (63) berichtet über im allgemeinen gute Erfolge an 53 Fällen. Warnekros (66) hat eine Röntgenröhre zur vaginalen Bestrahlung konstruieren lassen, benutzt jetzt drei Röhren zu gleicher Zeit (zwei abdominal und eine vaginal) und erzielt damit genau dieselben Resultate allein wie vorher mit der kombinierten Bestrahlung. In sechs Fällen wurde in dieser Weise ein Karzinom der Portio durch die Bauchdecken hindurch günstig beeinflusst resp. zum Verschwinden gebracht, ohne Schädigung der inneren Organe oder der Haut. Mohr (43) berücksichtigt in seinem Sammelbericht, welcher auf Veranlassung Albers-Schönbergs entstand, auch die Röntgenbestrahlung der malignen Neubildungen.

Unbefriedigende Resultate hatten Holzbach (23), Levy-Dorn (41), Pusey (51) und Sielmann (61). Hammerschlag (20) erlebte sogar, dass sich bei einer wegen Pruritus vulvae mit Röntgenstrahlen behandelten Patientin ein Karzinom auf der Vulva entwickelte, das er dann operiert hat. Hier hat also, zum mindesten gesagt, die Röntgenbestrahlung die Entwickelung des Karzinoms nicht verhindern können. Hedinger (21) fand ein Carcinoma sarcomatodes corp. ut. an einer 57jährigen Frau, welche lange Zeit wegen eines Uterusmyoms röntgenisiert worden war. Aschoff (2) musste in den acht bisher obduzierten Frauen, die sich der Röntgenbestrahlung ihrer tiefliegenden Krebse unterzogen hatten, feststellen, dass eine völlige Vernichtung des Krebsgewebes in keinem Falle erreicht worden war. Auch hält er eine Fernwirkung der Röntgenstrahlen auf die Karzinommetastasen für unwahrscheinlich.

Von manchen Autoren wird der Röntgenbestrahlung eine besonders **schmerzstillende Wirkung** nachgerühmt; so von de Courmelles (cf. „b) Radium und Mesothorium", 27), Johnson (24), Kolde (cf. „Röntgentherapie der Myome", 89) und Sielmann (61).

Was die **therapeutische Beeinflussung der Lymphdrüsenmetastasen** und die **Fernwirkung** der Röntgenstrahlen betrifft, so ist diese nach Aschoff, Krönig und Gauss (2), wenn überhaupt vorhanden, wahrscheinlich eine beschränkte. In den Fällen von Bumm und Voigts (6) fehlte sie schon auf 5 cm Abstand vollkommen. Ch. Müller (46), der die biologische und chemische Wirkung der Röntgenstrahlen auf das Karzinomgewebe erforschte, meint beobachtet zu haben, dass die Metastasen ebenso reagieren wie der Haupttumor. Trotzdem aber bleiben oft Drüsen unverkleinert und auch nach Jahren noch gleich gross zurück, aber auch ohne wieder von neuem zu wachsen. Hier muss es sich wohl um narbige Umwandlung handeln. Vorsichtshalber sind aber doch diese Fälle immer wieder

nachzubestrahlen. Peiser (50) sah Metastasen am Darm eines Adenokarzinoms eines Ovarium infolge der Bestrahlung verschwinden. Übrigens konnte keine Beeinflussung des Wachstums von Cervixkarzinomrezidiven beobachtet werden. Scherer und Kelen (53) glauben, dass Röntgenstrahlen, sogar im Gegensatz zu Radium, die entfernter liegenden Infiltrationen und Kontiguitätsmetastasen beeinflussen kann. Seeligmann (56) empfiehlt zu diesem Zwecke die von ihm selbst ausgearbeitete Methode der kombinierten Chemo- und Strahlentherapie. (Siehe auch dasselbe Thema unter b) „Radium- und Mesothorium“, wo auf die kombinierte Strahlen- und Chemotherapie näher eingegangen wird.)

Auffallend ist die Erscheinung, dass sich **Rezidive** vielfach bedeutend schlechter wie der ursprüngliche Tumor, resp. gar nicht mehr beeinflussen lassen, wie dies Döderlein (11), Levy-Dorn (41), Peiser (50), Werner (68) u. a. feststellen konnten. Werner erklärt dies in der Weise, dass die Tumoren biologisch höchst verschiedenartige Zellen besitzen, von denen die resistentesten die Behandlung überdauern und den Rückfall verursachen. Die Rezidive sind dann resistenter als die ursprüngliche Geschwulst. Dagegen gelang es Kotzenberg (36), eine Patientin von ihrem Rezidiv nach Totalexstirpation durch Bestrahlung zu heilen und jetzt durch zwei Jahre hindurch rezidivfrei zu halten. Klein (28) sah in allen seinen sechs Fällen einen unzweifelhaft hemmenden Einfluss der Bestrahlung auf das Wachstum der Rezidive. Auch unter dem Material von Scherer und Kelen (53) waren drei Fälle von Rezidivknoten, die sich unter Einfluss der Röntgenisierung gänzlich zurückbildeten.

Was die **prophylaktische Bestrahlung nach** der Radikaloperation betrifft, glauben Scherer und Kelen (53) auf Grund von 77 Fällen eine Besserung der Rezidivfreiheit um etwa 10,5% erreicht zu haben! Auch Johnston (24), Klein (29), Knox (35), Schmidt (55), Seitz (59) u. v. a. schätzen ihren Wert sehr hoch und wenden sie an. Nicht allein der ursprüngliche Primärsitz, sondern auch die Prädilektionsstellen der Metastasen sollen bestrahlt werden.

Johnston (24) und Knox (35) empfehlen auch die **prophylaktische Bestrahlung vor** der Operation, um die Tumorzellen abzuschwächen und Dissemination von Krebskeimen zu verhindern. Eine Verzögerung in der Heilung der Operationswunde tritt dadurch nicht ein. Der richtige Zeitpunkt der Operation darf jedoch nicht versäumt werden.

In einem Falle von **allgemeiner Karzinose des Bauchfells** sah Seitz (59) infolge intensiver Bestrahlung eine sehr beträchtliche Verkleinerung der Tumormassen und eine längere Zeit anhaltende subjektive Besserung eintreten. Nach ca. einem Jahr aber wuchsen trotz wiedereinsetzender Bestrahlung die Metastasen von neuem.

Ob die Röntgenstrahlen eine **spezifische Wirkung auf die Krebszellen** ausüben, darüber ist man sich immer noch nicht einig. Aschoff, Krönig und Gauss (2) glauben an eine lokale, auf das Bestrahlungsgebiet beschränkte spezifische Wirkung. Ritter (52) hat an einem Falle von ausgedehnter Karzinomatose der Haut die Wirkung der Röntgenstrahlen auf Karzinomzellen studiert. Er konnte eine elektive Wirkung der Strahlen auf die Krebszellen feststellen, die um so wirkungsvoller war, je härter die Strahlenqualität.

Von verschiedenen Seiten wurde natürlich den **histologischen Veränderungen** im Krebsgewebe unter Einfluss der Bestrahlung Beachtung geschenkt. Eine ausführliche Arbeit darüber stammt von Aschoff, Krönig und Gauss (2). Auch Bumm (5), Döderlein (11) u. a. tun in ihren Publikationen über Bestrahlungserfolge den histologischen Veränderungen im Gewebe immer eingehend Erwähnung. Bumm (5) gibt dabei sehr instruktive schematische Abbildungen. Klein (28) hat ebenfalls Angaben gemacht über die histologischen Folgen der Bestrahlung. Das Epithel des Karzinoms wird in seinem Wachstum eingeschränkt, das Bindegewebe wuchert und schliesst es ein wie in einem Mantel oder Wall. Auch Ritter (52), Steinhaus (62) und Theilhaber (64) studierten die Veränderungen des Karzinomgewebes unter Einfluss der Bestrahlung. Nach letzterem soll die Röntgenisierung eine Art von Unterstützung der „Naturheilung der Karzinome“ darstellen. Ihr Nutzen soll nicht ausschliesslich in der Zerstörung der Zellen des Krebses liegen, sondern auch zum Teil in dem Umstande, dass Hyperämie und beträchtliche Rundzelleninfiltration in der nächsten Umgebung der Karzinomzellen entsteht. Diese bilden eine Schutzwehr gegen das Vordringen des Epithels.

Hand in Hand mit dem Studium der **biologischen und chemischen Wirkung** der Röntgenstrahlen auf das Karzinomgewebe, mit dem sich besonders Freund und Kaminer (17), Klotz (33), Lazarus (cf. b) „Radium, Thorium und Mesothorium“, 100), Loewenthal (cf. „Radium, Thorium und Mesothorium“, 108), Müller (46), Seeligmann (56), Werner (67) u. a. beschäftigt haben, ging natürlich der Versuch der **chemischen Imitation der Röntgen-**

strahlenwirkung. Näheres darüber ist zu finden u. a. in den Arbeiten von Ascher (1), Freund (17), Klotz (33), Müller (46), Opitz (48), Werner (68), die sich auch mit der theoretischen Seite dieser Frage befassen.

Ihre praktische Anwendung findet sie aber vorläufig noch nicht als selbständige Methode, sondern nur als Unterteil der **kombinierten Chemo- und Radiotherapie** des Krebses, über die im nächsten Kapitel „b) Radium, Thorium und Mesothorium" alles Nähere mitzuteilen ist. Zweck dieser Kombination ist die Ergänzung der ungenügenden Tiefenwirkung und die Herabsetzung der sonst notwendigen ganz enormen Energiemengen der strahlenden Materie durch die tumoraffinen Substanzen. Die Art ihrer Wirkung stellt man sich in der Weise vor, dass man die Stoffe, die sonst unter Einfluss der Strahlenwirkung durch Zerfallsprozesse in den Zellen entstehen und ihrerseits durch fermentative Tätigkeit das Gewebe weiter zerstören, künstlich an die Tumoren heranbringt. Durch die Röntgenstrahlen wird in erster Linie das Lezithin der Zellen vernichtet. Bei diesem Zerfall entsteht insbesondere Cholin. Dieses ist als Base instabil und geht leicht in Neurin über, das als schweres Gift nur in verschwindend kleinen Dosen vertragen wird. Dagegen haben die Cholinsalze, an erster Stelle das Borsäure-Salz, Borcholin (= Enzytol) die Wirkung der Base ohne deren Zersetzlichkeit. So ist man zur intravenösen oder intratumoralen Applikation der Cholinsalze zur Verstärkung der direkten Strahlenwirkung gelangt. Ähnlich verhält es sich mit der Anwendung der Kolloidmetalle, des Elektroselens, -iridiums, -vanadins, -kobalts usw. Es scheint aber auch, als ob diese Metalle eine spezifische Fähigkeit hätten, die in der Zelle enthaltenen Lipoidstoffe zu lockern und den gegen die Röntgenstrahlen widerstandsfähigen Zellkern zu schädigen.

Von verschiedenen chemischen Stoffen werden gute Erfahrungen in Kombination mit der Bestrahlungsbehandlung mitgeteilt. Vor allem von Borcholin (Enzytol) durch Ascher (1), Klein (32), Freund (17), Opitz (48), Sellei (cf. „Karzinome", 315), Telemann (63), Simon (cf. „Karzinome", 319), Szeczi (cf. „Karzinome", 334), Werner (69) u. v. a. Über die kombinierte Behandlung mittelst **Elektrokobalt** berichten u. a. Hölder (22) und Klotz (34). Gute Erfolge mit **Arsen und Arsenpräparaten** (Arsazetin) bei der Röntgentherapie beobachteten Blumenthal (4), in dessen Falle die Röntgenbestrahlung allein zuerst gar keinen Effekt gehabt hatte, Kotzenberg (36) und Seeligmann (58). Klotz (33) und Opitz (49) kombinieren Strahlen- und **Serumbehandlung.** Theilhaber (64) legt in Übereinstimmung mit seiner Auffassung über Ursache und Entstehung der Krebse besonderen Wert auf die Kombination mit **Diathermie.**

Über die **kombinierte Röntgen- und Radium- resp. Mesothoriumbehandlung** wird im nächsten Kapitel berichtet.

b) Radium, Thorium, Mesothorium.

1. Abbe, R., The use of radium in malignant disease. XVII. Intern. med. Kongr. in London. 6.—12. August. Sect. of Radiology. Als Original erschienen in Lancet. Nr. 4695. August 23. p. 524—527. (Vorwiegend nicht-gynäkologische Fälle. Jedoch auch bei Karzinomen des Uterus, meistenteils inoperablen Rezidiven, hat Verf. seit mehreren Jahren Heilung durch Radiumbestrahlung beobachten können. In einem Falle seit mehr wie acht Jahren. Die Diagnose wurde durch mikroskopische Untersuchung sichergestellt. — Technik.)
2. — The use of gamma radiations in malignant growths. Brit. med. Assoc. Meeting in Brighton. July 23—25. Ref. The Brit. med. Journ. Nr. 2754, Oct. 11. p. 910—911. (Nicht gynäkologisch.)
3. Adler, L., Radium- und Mesothoriumbestrahlung an der Klinik Schauta. K. k. Ges. d. Ärzte in Wien. Sitzg. vom 20. Juni. Ref. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 26. p. 1093. Wiener med. Wochenschr. Nr. 27. p. 1689. La sem. méd. Nr. 26. p. 311. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 27. p. 1524. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 35. p. 1638. (Es wurden bisher nur inoperable Fälle bestrahlt, mit mittelgrossen Dosen. Vortragender demonstriert die mikroskopischen Veränderungen in den Tumoren. Es wird eine Auflösung der Krebszellenverbände, Zerstörung von Krebszellen selbst und Substitution durch Bindegewebe erreicht. An einem Präparat war nirgends ein Krebszellenkomplex, nirgends eine einzige guterhaltene Karzinomzelle mehr zu entdecken. Jedoch wurden bei einem erst kurz und mit kleinen Mengen bestrahlten Falle zahlreiche typische und atypische Mytosen, also deutliches Wachstum gefunden.)
4. Aikius and Harrison, Gynäkologische Erkrankungen und Radium. Med. Press and Circular. 1912. Bd. 145. Nr. 22.

5. Allmann, J., Erfolge der Mesothoriumbehandlung der Uteruskarzinome. Ärztl. Verein in Hamburg. Sitzg. vom 14. Okt. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 43. p. 2435. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 45. p. 2107. Als Original erschienen in Deutsche med. Wochenschr. Nr. 49. p. 2402—2403. (Erfolge waren auch hier wie an anderen Orten sehr frappant, doch sind bereits Schädigungen (Rektovaginalfistel, Dünndarmfistel, Hautulcus) vorgekommen. Beginnende Karzinome werden nach wie vor operiert; inoperable oder an der Grenze der Operabilität stehende Fälle werden operationsreif gemacht durch Strahlen und Cholin. Sämtliche operierten Karzinome werden nachbestrahlt. — Zwei makroskopische und drei mikroskopische Bilder.)

6. Bayet, A., Die Radiumbehandlung des Krebses. Journ. méd. de Bruxelles. 18 Année. Nr. 32. p. 311—319. Ref. Münchn. med. Wochenschr. 1914. Nr. 10. p. 555. (Vorwiegend Technik der Bestrahlung.)

7. — Die Behandlung des Krebses mittelst Radium. Strahlentherapie. Bd. 3. Heft 2. p. 472—489. (Nicht speziell gynäkologisch.)

8. — Das Radium. Seine therapeutischen Wirkungen. Deutsch von E. Schiff. Wien, Moritz Perles (Preis Mk. 3.20).

9. Beckmann, W. G., Die moderne Behandlung des Krebses mittelst Radium, Mesothorium und Röntgenstrahlen. Wratsch. Gaz. Nr. 47. (H. Jentter.)

10. Bickel, A., Moderne Radium- und Thoriumtherapie bei der Behandlung der Geschwülste der Gicht, der rheumatischen Erkrankungen, der Neuralgien und der Blutkrankheiten. Berlin, A. Hirschwald (Preis Mk. 1.—).

11. Brieger, Der Antifermentgehalt des Blutes bei Karzinomkranken als Indikator über den wahren Erfolg der angewandten Strahlentherapie. Berl. med. Ges. Sitzg. vom 28. Mai. (Siehe unter „Karzinome", Nr. 52.)

12. Bumm, E., Verbrennungen durch Mesothorium. Gyn. Ges. zu Berlin. Sitzg. vom 24. Jan. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 8. p. 370. (Das wichtigste ist, die Zeit der Einwirkung festzustellen, die für den Erfolg nötig ist, ohne dass Schaden entsteht. Das ist aber sehr schwer, da die individuelle Toleranz in sehr weiten Grenzen schwankt. Während einige Patienten die Anwendung längere Zeit hindurch vertragen, treten bei anderen schon nach 9—12 Stunden Nekrosen der Schleimhaut auf.)

13. — Über die Erfolge der Röntgen- und Mesothoriumbehandlung bei Karzinom der weiblichen Genitalien. Berl. med. Ges. Sitzg. vom 7. Mai. Ref. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 13. Juli. p. 416. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 19. p. 1068. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 21. p. 1017. La sem. méd. Nr. 21. p. 251. Als Original erschienen in Berl. klin. Wochenschr. Nr. 22. p. 1001—1006. Ref. Ann. de gyn. et d'obst. Tome 10. Août. p. 490—492. (Aus seinem Material greift Vortragender eine Auswahl von 12 mit besonders gutem Erfolg behandelte Fälle heraus und erläutert diese an der Hand von Skizzen, die nach klinischer Untersuchung vor und nach Beendigung der Behandlung ausgeführt worden sind. Die Behandlung hat durchschnittlich acht Wochen gedauert. Besonders günstig sind die Plattenepithelkrebse beeinflusst worden. Eine anatomische Heilung wurde nicht erzielt. Verhärtungen blieben stets, und dort, wo nach der Bestrahlung der Uterus entfernt worden ist, zeigte sich der Krebs bei anatomischer Untersuchung in den tieferen Lagen. Der klinische Erfolg war aber immer ein recht guter. Diese Fälle wurden alle kombiniert mit Röntgen- und Mesothoriumstrahlen behandelt, in Dosen bis 10 000 Kienböck X-Einheiten und bis 15 000 mg Mesothoriumstunden. Die Technik spielt eine grosse Rolle, Nekrosen sind meist, aber nicht immer zu vermeiden. Einmal ist das Karzinom unterhalb der Blasenschleimhaut total zerfallen, es kam zur Blasenperforation. Ein anderes Mal ist bei zu starker Strahlenwirkung bei einem an sich verlorenen Falle eine vollständige Nekrose des Uterus aufgetreten. Anatomisch-mikroskopisch bekommen durch die Strahlenbehandlung die Krebszellen Zeichen der Degeneration, die Kerne schwinden. Das umgebende Bindegewebe verfällt der hyalinen Degeneration, sklerosiert. — Diskussion: Pinkuss, Arend, Meidner, Sticker, siehe Berl. klin. Wochenschr. Nr. 22. p. 1033. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 23. p. 1121. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 21. p. 1180. La sem. méd. Nr. 22. p. 264. E. Schmidt, (cf. a) „Röntgenstrahlen", Nr. 54). Lazarus (cf. Nr. 101), Rotter, Bickel, C. Lewin, Brieger (cf. „Karzinome", Nr. 52), Franz (cf. Nr. 45), Czillag, Hammerschlag (cf. a) „Röntgenstrahlen" Nr. 20, Levy-Dorn (cf. a) „Röntgenstrahlen", Nr. 41), Falk (cf. Nr. 40), und Klemperer (cf. „Karzinome", Nr. 180) siehe Berl. klin. Wochenschr. Nr. 23. p. 1082 bis 1085. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 24. p. 1177. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 22. p. 1235. La sem. méd. Nr. 23. p. 274.)

14. Bumm, E., Über die Erfolge der Röntgen- und Mesothoriumbehandlung beim Uteruskarzinom. XV. Versamml. d. deutsch. Ges. f. Gyn. (Halle a. S.). Sitzg. vom 16. Mai. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 22. p. 1001—1006. (Hier mit 14 Abbildungen im Text wiedergegeben.) Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 24. p. 1181. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 25. p. 1402. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 26. p. 1237. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 24. p. 889. Gyn. Rundschau. Nr. 14. p. 523. (cf. Nr. 15).

16. — Weitere Erfahrungen über Karzinombestrahlungen. Berl. med. Ges. Sitzg. vom 3. Dez. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 49. p. 2762. La sem. méd. Nr. 50. p. 598 bis 599 (sehr ausführlich). The Brit. med. Journ. Nr. 2763. Dec. 13. p. 1546—1547. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 51. p. 2537. Als Original erschienen i. d. Berl. klin. Wochenschr. 1914. Nr. 5. p. 193—198 (mit 6 schematischen Abbild.) (Bericht über 108 Fälle. Lokale Reaktion überraschend günstig. In den ersten 10—12 Tagen schwillt der Tumor an, nach ca. drei Wochen gibt es eine stärkere Sekretion. Nach diesem Reizstadium beginnt die Rückbildung. Mikroskopisch beobachtet man zuerst Hyperämie, Verlangsamung und schliesslich Aufhören der Kernteilungen, dann Zerfall der Kerne und des Protoplasmas, auch das Bindegewebe wird fibrös verändert. Schädigungen treten vielfach auf, selbst noch nach Monaten bis zu einem Jahr. In schweren Fällen kommt es zu hyaliner Entartung und Nekrobiose. Hier besteht die Gefahr von Perforationen und Strikturen. Es besteht keine elektive Beeinflussung der Karzinomzellen, wenn diese auch stärker beeinflusst werden als gesunde Zellen. Bei den gewonnenen Präparaten zeigt es sich, dass Zellgruppen, die 4—9 cm vom Primärtumor entfernt liegen, nur teilweise beeinflusst sind. Unter den 108 Fällen finden sich 15 Rezidive. Von den 13 im Mai berichteten Fällen (cf. Nr. 13) sind zwei rezidiviert. Starke Steigerung der Bestrahlungsdosen ist gefährlich. Bumm benutzt meist 50—100 mg. Die Röntgenröhren sind durch technische Verbesserungen des letzten Halbjahres jetzt dem Radium ebenbürtig. · Technik. Demonstration von Röntgenröhren durch Warnekros (cf. „Röntgentherapie der Karzinome", Nr. 66). Diskussion: cf. Lazarus, Nr. 102.)

17. — und H. Voigts, Zur Technik der Karzinombestrahlung. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 31. p. 1697—1701. Ref. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 35. p. 1405. (Die Technik, sowohl der Röntgen- wie der Mesothoriumbestrahlung der weiblichen Genitalkarzinome, wird ausführlich behandelt und es werden wieder einige neue günstige Erfolge mitgeteilt. Auch mit Röntgenstrahlen allein wurde in zwei Fällen von Urethralkarzinom vollkommene Heilung erzielt. Bei den mit Mesothorium bestrahlten Fällen ist zu betrachten, dass bei keinem der Beginn der Behandlung länger wie ein Jahr zurückliegt. Die durchschnittliche Behandlungsdauer der Kranken betrug 55,6 Tage, die durchschnittliche Mesothoriumdosis 14 690 M.-St. Es wird von drei Fällen, welche nach vollendeter Bestrahlung operiert wurden, der pathologisch-anatomische Befund des Operationspräparates beschrieben. In keinem Falle war vollkommener Schwund aller Karzinomherde eingetreten, wenn auch die letzten noch vorhandenen Spuren schon die Zeichen des Zerfalles an sich trugen. Ein Einfluss auf die ca. 5 cm vom Primärherd entfernten Drüsen fehlte vollkommen.)

18. Butcher, W. D., Über die Grundlage der Röntgen- und Radiumtherapie. Strahlentherapie. Bd. 2. Heft 2. p. 396—402. (Verf. schlägt als einheitliche Bezeichnung für Röntgen- und Radiumbehandlung den Namen „Gammatherapie" vor. Jede Strahlenqualität soll ihre ganz spezifische Wirkung haben. Erwähnung der verschiedenen Theorien zur Deutung der therapeutischen Wirkung der Gammastrahlen.)

19. Caan, A., Zur Behandlung maligner Tumoren mit radioaktiven Substanzen. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 1. p. 9—12. Ref. Revue de Thér. Nr. 4. p. 126. (Betrifft Technik und Resultate der Mesothorium- und Thorium X-Behandlung von Karzinomen, aber hauptsächlich nichtgenitale. Verf. kommt zu dem Schluss, dass diese Behandlung bei operablen Tumoren das Messer des Chirurgen nicht verdrängen soll, sie soll hier nur eine ergänzende Methode der Radikaloperation bilden, während sie bei inoperablen Erkrankungen als selbständige Behandlungsmethode dienen soll. Die bisherigen Erfolge fordern dazu auf, die Versuche energisch fortzusetzen.)

20. — Therapeutische Versuche mit lokaler Thoriumchloridbehandlung bei Karzinommäusen und Sarkomratten. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 20. p. 1078—1079. (Technik. Intratumorale Applikation. In der Mehrzahl der Fälle trat bereits nach der zweiten bzw. dritten Einspritzung Verflüssigung bzw. Nekrose ein. Der Heilungsprozess verlief bei den Rattentumoren bedeutend schneller als bei den Mäusekarzinomen. In allen Fällen, welche zur mikroskopischen Untersuchung gelangt waren, war von Tumor-

gewebe nichts mehr zu sehen. Die nächste Aufgabe besteht darin, das Mittel auf intravenösem Wege an die Geschwülste heranzubringen.)

21. Caan, A., Über Radium- bzw. Mesothoriumbehandlung der bösartigen Geschwülste. Verein d. Ärzte Wiesbadens. Sitzg. vom 2. Dez. Ref. Berl. klin. Wochenschr. 1914. Nr. 5. p. 237. (Bessere Resultate seit der Zeit, wo grössere Dosen in Anwendung kommen. Bei 139 Fällen von malignen Tumoren in etwa 40% der Fälle eine günstige Einwirkung. Das Wort Heilung soll vorderhand möglichst vermieden werden, weil die Beobachtungsdauer eine viel zu kurze ist.)

22. Cazin, M., De l'emploi du radium dans le traitement des cancers inopérables. Soc. des chir. de Paris. Séance du 5 Déc. Ref. La Presse méd. Nr. 102. 17 Déc. p. 1032. Als Original erschienen in Paris chirurg. Nov. p. 917—932. (Gute Resultate, besonders beim Uteruskarzinom. In einem Falle wurde sichere Heilung bei der Sektion 14 Monate nach der letzten Bestrahlung festgestellt.)

23. Chabachpaschew, K., Behandlung der gynäkologischen Tumoren mit strahlenden Substanzen (Radium und Mesothorium). Diss. Freiburg i. Br. Okt.

24. Chéron, H., et H. Rubens-Duval, Aperçu sur les résultats de la radiumthérapie des cancers de l'utérus et du vagin. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Séance du 19 Mai. Ref. Bull. de la Soc. d'obst. et gyn. de Paris. 2 Année. Nr. 5. p. 418—429. La Presse méd. Nr. 45. p. 452. La Gyn. Nr. 7. p. 427. Revue de gyn. et de chir. abd. Tome 21. Nr. 2. p. 149—151. (Vortragende haben schon früher einen Fall von Heilung veröffentlicht, bei dem die Heilung durch die Sektion sichergestellt werden konnte. Jetzt werden zehn weitere Fälle mitgeteilt, bei denen seit der letzten Bestrahlung mehr wie ein Jahr vergangen und klinisch vollkommene Heilung eingetreten ist. In einigen Fällen liegt die Behandlung schon 2—4 Jahre zurück. Auch in drei Fällen von Sarkom trat seit 1—2 Jahren vollkommene Heilung auf. Ausführliche Mitteilung der Krankengeschichten. — Diskussion: Siredey, Lejars und P. Petit-Dutaillis bestätigen diese günstigen Resultate und teilen eigene Erfahrungen mit.)

25. — — De la radiumthérapie des cancers utérins et du vagin inopérables. XVII. Intern. med. Kongr. in London. 6.—12. August. Ref. La Presse méd. Nr. 66. p. 675. Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. Nr. 11. Nov. p. 680. (Statistik über mehr wie 100 bestrahlte Fälle, von denen einzelne mitgeteilt werden. Nicht nur die palliative, sondern auch die kurative Wirkung ist ausgezeichnet. Es sind Fälle schon zwei-, drei und vier Jahre rezidivfrei. Eine Frau konnte 15 Monate nach der letzten Bestrahlung seziert werden; im Uterus war kein Karzinom mehr nachweisbar. Die Diagnose wurde immer histologisch gestellt.)

26. — — Über den Wert der Radiumtherapie in der Behandlung der uterinen und vaginalen Krebse. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 21. Heft 2. p. 229—238. La Gynéc. Nr. 10. Oct. p. 590—603. (Klinische und histologische Untersuchungen von mehr als 150 Fällen, die im Zeitraum von fünf Jahren mit Radium bestrahlt waren. Obschon die meisten behandelten Fälle ungünstig waren, wurden doch sehr gute Heilresultate erzielt. Massive Dosen. Geringe Gefahren. Vielleicht wird sich zeigen, dass gewisse Krebsformen von Anfang an zur Radiumbehandlung indiziert sind, andere sich besser zur chirurgischen Entfernung eignen.)

27. Courmelles, Foveau de, Röntgen- und Radiumtherapie in der Gynäkologie. XVII. Intern. med. Kongr. in London (6.—12. August). Ref. The Lancet. Nr. 4695. August 25. p. 559. The Brit. med. Journ. Nr. 2747. August 23. p. 452. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 37. p. 2081. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 38. p. 1863. Strahlentherapie. Bd. 3. Heft 2. p. 388—407. Annales de gyn. et d'obst. Tome 10. Sept. p. 540 bis 555 (sehr ausführlich). Wiener klin. Wochenschr. Nr. 45. p. 1876. Ann. de chir. et d'orthop. Bd. 26. Nr. 8. p. 234—242. (Vortragender hat 100 inoperable Karzinome mit Radium (1—5 cg reines Radium 6—24 Stunden, monatlich wiederholt) bestrahlt und ist über die Resultate sehr zufrieden. 70 haben deutliche Besserung gezeigt, die 1—4 Jahre währte. Die Blutungen standen, Ausfluss und übler Geruch verschwanden, die Schmerzen wurden geringer und der Allgemeinzustand hob sich bedeutend.)

28. — Les rayons Roentgen et le radium en gynécologie. Journ. de Physiothérapie. Tome 11. Heft 9. p. 465—485. Arch. d'électr. méd. Tome 21. p. 201. (Keine Panacee, sondern Hilfsmittel, allerdings häufig allein wirksam. Die Gefahren der Bestrahlung sind zurzeit vermeidbar. Speziell die hämostatische und analgesierende Wirkung der Röntgenstrahlen und des Radiums ist unübertroffen.)

29. Döderlein, A., Demonstration eines durch Röntgenstrahlen merkwürdig gebesserten Falles von inoperablem Karzinom. Gyn. Ges. in München. Sitzg. vom 23. Jan. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 8. p. 442. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. Heft 5. p. 705. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 12. p. 426. (Vortragender erklärt sich als bedingungsloser Anhänger von Krönig-Gauss. Mit Röntgenstrahlen, kombiniert mit Mesothorium, wurde eine 47jährige Frau mit inoperablem Cervixkarzinom behandelt. Schon in fünf Wochen ist der Erfolg ein überraschender. Der grosse Krater hat sich gereinigt und geschlossen, so dass man jetzt eine fast normale Portio tastet; Probeexzisionen ergeben kein karzinomatöses Gewebe mehr. Das karzinomatöse Infiltrat in den Parametrien ist rechts kleiner geworden, links ganz verschwunden, so dass der Uterus wieder beweglich geworden ist. Es wurden verabfolgt: 804 Lichtminuten mit 718 X (Röntgenscheidenbestrahlung) und dreimal 40 mg je 14 Stunden und zweimal 50 mg je 16 Stunden Mesothoriumeinlagen in die Vagina = 3280 mg Stunden. Diskussion: Kaestle (cf. a) Röntgenstrahlen, Nr. 25), Sielmann (cf. a) Röntgenstrahlen, Nr. 61), Theilhaber (cf. a) Röntgenstrahlen, Nr. 64), G. Klein (cf. a) Röntgenstrahlen, Nr. 28), Hengge, Albrecht, Grashey.)

30. — Über die Behandlung mit Röntgenstrahlen und Mesothorium in der Gynäkologie. besonders beim Uteruskarzinom. Ärztl. Verein in München. Sitzg. vom 26. Febr. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 23. p. 1296. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 15. p. 705. (Diskussion.) Als Original erschienen i. d. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. Heft 5. p. 553—593 (cf. Nr. 32).

31. — Röntgen- und Mesothoriumbehandlung bei Myom und Karzinom des Uterus. XV. Versamml. d. deutsch. Ges. f. Gyn. (Halle a. S.). Sitzg. vom 16. Mai. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 24. p. 1182. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 25. p. 1403. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 26. p. 1238. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 24. p. 893. Gyn. Rundschau Nr. 14. p. 524. Als Original erschienen i. d. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. Heft 5. p. 553—593. (Referat cf. Nr. 32.)

32. — Röntgenstrahlen und Mesothorium in der gynäkologischen Therapie, insbesondere auch bei Uteruskarzinom. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd 37. Heft 5. p. 553—593. Berlin, S. Karger (Preis 2,50 Mk.). Ref. Ann. de gyn. et d'obst. Tome 10. Août. p. 492 bis 493. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 23. Nr. 6. p. 407. (Statistik über die Resultate der Münchener Klinik mit der Röntgenbestrahlung von Myomen und hämorrhagischen Metropathien, welche sehr günstig sind (Verf. bekennt sich zu der 100 $^0/_0$ Heilung der Freiburger Klinik) und ausführliche Beschreibung der ersten mit kombinierter Röntgen- und Mesothoriumbestrahlung behandelten Fällen von Uteruskarzinom. Viele Krankengeschichten und auf Tafeln zahlreiche Abbildungen mikroskopischer Präparate von Karzinomen vor und nach der Bestrahlung. Bei Rezidiven hatte Verf. mit dieser Therapie keinen Erfolg. Über Myombehandlung mit Mesothorium wird nicht berichtet.)

33. — Die Verhandlungen über die Strahlentherapie des Karzinoms auf dem XV. Kongress der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie in Halle a. S. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Heft 1. p. 51—54 u. 67—68. (Referierender Rückblick auf die Verhandlungen. Verf. glaubt, dass nach den übereinstimmenden Mitteilungen der Vortragenden wohl kein Zweifel mehr darüber besteht, dass die Strahlentherapie in besonderer Auswahl der Strahlen und in Anwendung genügend grosser Dosen zu den besten Hoffnungen berechtigt, dass sie ein spezifisches Heilmittel gegen Krebs ist, und wenn es gelingt, sie rechtzeitig zur Anwendung zu bringen, dann wird es Wahrheit werden, was so lange vergeblich erstrebt worden war, dass der Krebs ohne Anwendung des Messers und viel zuverlässiger als durch dieses geheilt werden kann. Damit wäre das Prinzip der Karzinomtherapie gefunden.)

34. — Demonstrationen zur Radiotherapie des Karzinoms. Gyn. Ges. in München. Sitzg. vom 19. Juni. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 32. p. 1804. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 36. p. 1768. (Seit Dezember 1912 wurden 50 Fälle mit Mesothorium behandelt; seit 20. Februar d. J. wurde kein Karzinom mehr operiert, sondern 40 Fälle, darunter sehr gut operable, der Bestrahlungstherapie unterzogen. Voraus geht eine Auskratzung und Tamponade des Neoplasmas, dann gelangt das Mesothorium allein in Anwendung, indem Gold- oder Bleikapseln mit 100—150—200 mg Mesothorium in die Scheide eingelegt werden. Zur Illustration werden einige primär geheilte Fälle vorgestellt, von welchen sämtliche Nachuntersucher erklären, dass die Neubildungen gänzlich geschwunden sind. Allerdings gelangte das Mesothorium in grossen Mengen von 3000—6000, ja bis 13 630 Milligrammstunden zur Anwendung. Doch muss immer

wieder betont werden, dass es sich hier nur um primäre Erfolge handelt, über die Dauerresultate lässt sich natürlich noch gar nichts sagen. Trotz alledem sind die primären Erfolge so überraschend gut, dass sich Vortragender nicht mehr für berechtigt hält, die Frauen den Gefahren einer Operation auszusetzen.)

35. Döderlein, A., Spätwirkung des Mesothorium. Gyn. Ges. in München. Sitzg. vom 17. Juli. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 33. p. 1859. (Vortragender demonstriert eine Patientin, die wegen Uteruskarzinom vier Wochen lang in der Klinik behandelt worden war. Die Mesothoriumeinlagen hatten keinen Erfolg, weshalb Patientin wieder nach Hause geschickt wurde. Sechs Wochen danach stellte sie sich als geheilt wieder vor. Diese Spätwirkung des Mesothoriums hat Döderlein jetzt schon öfters gesehen und möchte auf diese Eigenschaft des Mesothoriums besonders aufmerksam machen.)

36. — Mesothoriumbehandlung der Uteruskarzinome. XVII. Intern. med. Kongr. in London (6.—12. August). Ref. The Lancet. Nr. 4695. August 23. p. 560. The Brit. med. Journ. Nr. 2747. August 23. p. 452. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 37. p. 2082. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 38. p. 1787. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 45. p. 1876. (Demonstration von mikroskopischen Präparaten behandelter Tumoren in Lumière-Photographien.)

37. — Meine weiteren Erfahrungen über die Mesothoriumbehandlung des Karzinoms. Bayr. Ges. f. Geb. u. Frauenheilk. Sitzg. vom 7. Dez. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 51. p. 2865. Als Original erschienen in Münchn. med. Wochenschr. 1914. Nr. 5. p. 225—227. Nr. 6. p. 313—315. (Im ganzen wurden bisher 152 Fälle von Carcinoma uteri der Strahlentherapie unterzogen, d. h. wahllos alle Karzinomkranken, die in die Klinik aufgenommen wurden. Die Erfahrungen sind die, dass Verf. auch heute noch auf dem Standpunkt steht, kein Uteruskarzinom mehr zu operieren. Von diesen 152 Kranken sind inzwischen 26 gestorben; von den ersten 50, die im ersten Halbjahr behandelt wurden, konnten 16 aus der Behandlung entlassen werden. Doch will Vortragender nicht behaupten, dass letztere wirklich geheilt sind, denn diese Frage kann erst in fünf Jahren entschieden werden. 12 sind noch in Behandlung; bei einer wurde die Behandlung aufgegeben, bei drei konnte keine Nachricht erhalten werden und 18 sind gestorben. — Technik. — Zwischen der Wirkung des Radiums, Mesothoriums und der Röntgenstrahlen besteht kein prinzipieller Unterschied. Filterung durch vernickelte Messinghülsen. Jodoformgaze ist bei der Tamponade zu vermeiden.)

38. Engelhorn, E., Über den derzeitigen Stand der Strahlentherapie in der Gynäkologie. Strahlentherapie. Bd. 3. Heft 1. p. 216—225. (Übersichtsreferat über die Verhandlungen auf dem Gynäkologenkongress in Halle a. S.

39. Exner, A., Erfahrungen über Radiumbehandlung maligner Tumoren. K. k. Ges. d. Ärzte in Wien. Sitzg. vom 20. Juni. Als Original erschienen i. d. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 29. p. 1203—1204. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 30. p. 1682. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 32. p. 1493. (Handelt nur über nichtgynäkologische Fälle. Auch tiefliegende Karzinome lassen sich bisweilen sehr günstig beeinflussen und in seltenen Fällen auch fast inoperable Karzinome zum Schwinden bringen. Es ist dabei jedoch an die Gefahr der Blutung und der Perforation der Organe zu denken. Die Gefahr der Rezidive lässt vorerst noch der Operation, wo sie möglich ist, den Vorzug geben.)

40. Falk, E., Diskussion zu Bumm, Mesothoriumbehandlung des Uteruskarzinoms. Berl. med. Ges. Sitzg. vom 28. Mai. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 23. p. 1085. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 24. p. 1177. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 22. p. 1235. La sem. méd. Nr. 23. p. 274. (Vortragender hat versucht, die bei Mesothoriumbestrahlung von möglichst lebensfrischen Geweben, d. h. gleich nach der Operation, Haut, Ovarialgewebe, Karzinom, Myom u. a. absorbierten Strahlenmengen durch Messung des Voltabfalles festzustellen. Hierbei hat sich gezeigt, dass ein Unterschied in der Absorptionsfähigkeit nicht bestand. Ob nun das karzinomatöse Gewebe selbst durch die Bestrahlung leichter zerfällt, lässt sich so direkt nicht entscheiden. Bei der Bestrahlung von Warzen hat sich aber gezeigt, dass in derselben Ausdehnung wie die Strahlen wirken, ebenso die Haut wie die Warze affiziert wird. Vortragender hat mit Sticker, um eine längere Wirkung der Radiumstrahlen zu erzielen, mit Kohle verbundenem Radium — das Karboradiogen — in die Tumoren injiziert oder in Pulverform zur Nachbehandlung von anderweitig behandelten Karzinomgeschwüren verwandt. Es zeigte sich immer eine zweifellose Einwirkung, aber immer nur teilweise Rückbildung, teilweise Erweichung, nie eine dauernde Heilung.)

41. Falta, W., Vergleich der Wirkungen der Becquerel-Strahlen von Radium, Thorium und Aktinium, der α- β,- und γ-Strahlen. K. k. Ges. d. Ärzte in Wien. Sitzg. vom 20. Juni. Ref. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 26. p. 1091. Wiener med. Wochenschr. Nr. 27. p. 1688. La sem. méd. Nr. 26. p. 311. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 27. p. 1524. Berl. klin. Wochenschr. Nr 35. p. 1637. (Alle diese Strahlengattungen haben qualitativ dieselbe chemische Wirkung. In quantitativer Beziehung ist aber ihre Wirkung umgekehrt proportioniert ihrer Penetrationskraft. Auch in der biologischen Wirkung ist der qualitativ gleiche Effekt quantitativ sehr verschieden je nach der Penetrationskraft der betreffenden Strahlengattung. Bei schwachen Dosen entsteht eine allgemeine Steigerung der Vitalität der Zellen, Steigerung der biochemischen Prozesse in denselben mit Überwiegen derjenigen, die endothermal zur Reduktion und Synthese führen. Bei starken Dosen tritt der hemmende Effekt auf die Synthese mit gleichzeitiger Steigerung der dissimilatorischen Prozesse in den Vordergrund.)

41a. Radium als Heilmittel. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 43. p. 1744—1749. (Zusammenfassender Vortrag.)

42. Faure, J. L., Traitement du cancer utérin par les rayons ultra-pénétrants de radium. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Séance du 5 Juillet. Ref. Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Tome 2. Nr. 7. Juillet. p. 610—616. La Presse méd. Nr. 61. p. 620. (Die Therapie soll vor allem chirurgisch sein. Trotzdem ist die Wirkung des Radiums sicher und zu empfehlen: 1. in inoperablen Fällen, 2. bei fraglich operablen Fällen, die durch die Bestrahlung operabel werden und 3. prophylaktisch nach der Operation. Diskussion: P. Delbet: Bei inoperablen Karzinomen werden infolge der Bestrahlung die klinischen Erscheinungen besser, aber der Verlauf der Tumorentwickelung bleibt unbeeinflusst. Auf entfernten Infiltrationen wirken die Strahlen nicht. In manchen Fällen entsteht auch eine Art Vakzination: nachdem das Wachstum des Tumors eine Zeitlang stillgestanden hat unter Einfluss der Strahlenwirkung, fängt nach einiger Zeit von neuem die Weiterwucherung an.)

43. Fehling, H., Die Wirkung radioaktiver Mittel auf Krebsgewebe. Unterelsäss. Ärzteverein zu Strassburg i. E. Sitzg. vom 8. Nov. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 49. p. 2306. Deutsche med. Wochenschr. 1914. Nr. 6. p. 311. (Mehr als symptomatische Erfolge hat Vortragender bis jetzt in seinen allerdings wenigen Fällen nicht gesehen. Er warnt vor zu grossem Optimismus und möchte auf das Messer noch nicht verzichten.)

44. Finzi, N. S., Radium Therapeutics. London: Henry Froude and Hodder and Stoughton (Pp. 112). Ref. The Lancet. 1914. Nr. 4727. April 4. p. 974.

45. Franz, K., Diskussion zu Bumm: Mesothoriumbehandlung des Uteruskarzinoms. Berl. med. Ges. Sitzg. vom 28. Mai. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 23. p. 1085. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 24. p. 1177. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 22. p. 1235. La sem. méd. Nr. 23. p. 274. (Die Wirkung des Mesothoriums ist nur eine relativ oberflächliche. Jedoch ist es vielleicht möglich, durch eine Kombination der Mesothoriumbehandlung mit einer anderen Behandlung bessere, vielleicht Dauerresultate zu erzielen. Caspary und Neuberg haben in der Richtung Versuche vorgenommen und behandelten einige Fälle von Karzinom des Collum uteri durch intravenöse Injektion von organischen Metallverbindungen. Von drei Fällen blieb einer unbeeinflüsst; bei den beiden anderen sind deutliche Wirkungen klinisch festzustellen gewesen. Dieselben waren zuvor inoperabel. Nach einmonatlicher Behandlung sind die Uteri beweglich geworden, die Infiltrate in den Parametrien geschwunden, und beide Fälle konnten mit primärem Erfolge operiert werden. Vortragender hält es für ganz zweifellos, dass man ein beginnendes Portiokarzinom durch Mesothorium vollständig zum Schwinden bringen kann. Nur ist es klinisch ausserordentlich schwer, ein beginnendes Karzinom wirklich als ein solches zu erkennen und muss man den Mut aufbringen können, diese Behandlung als die Methode der Wahl der Operation vorzuziehen. Bei der Operation kann man jetzt, was genaue Statistiken nachgewiesen haben, auf 50% Dauerresultate der die Operation Überlebenden rechnen. Es bleibt fraglich, ob man mit der Mesothoriumbehandlung ein wesentlich besseres Dauerresultat erzielt. Der Wert der Mesothoriumbehandlung liegt vorläufig noch an erster Stelle darin, dass sie imstande ist, vor der Operation jauchende Karzinome zu säubern und dadurch die Gefahr der Operation zu vermindern und inoperable Karzinome vielleicht durch Schwund der Infiltrationen operabel zu machen.)

47. Freund, E., und G. Kaminer, Über chemische Wirkungen der Röntgen- und Radiumstrahlen in bezug auf Karzinom. K. k. Ges. d. Ärzte in Wien. Sitzg. vom 24. Jan. (Siehe a) Röntgenstrahlen, Nr. 17.)

48. Freund, L., Methode zur Bestimmung der Radiosensibilität der Haut. K. k. Ges. d. Ärzte in Wien. Sitzg. vom 9. Mai. Ref. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 21. p. 861 bis 862. Wiener med. Wochenschr. Nr. 21. p. 1306. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 22. p. 1236. La sem. méd. Nr. 21. p. 252.

49. — Zur Mesothoriumbestrahlung maligner Tumoren. K. k. Ges. d. Ärzte in Wien. Sitzg. vom 27. Juni. Ref. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 27. p. 1141. Wiener med. Wochenschr. Nr. 28. p. 1746. (Diskussion zu Wertheims Vortrag (cf. Nr. 165). Bemerkung zur Frage, ob man Karzinome mit grossen oder kleinen Radiummengen behandeln soll. Bei der Behandlung grösserer Tumoren muss das Bestreben dahin gerichtet sein, die Fernwirkung der Strahlung tunlichst zu steigern. Es kommt dabei nicht auf Bestrahlung des karzinomatösen Gewebes, sondern auf Durchstrahlung desselben und der Umgebung des Krankheitsherdes an, damit auch die tieferen Schichten und die Ausläufer der Neubildung, karzinomatös infiltrierte Drüsen usw. getroffen werden. Kleine Radiumquantitäten eignen sich deshalb nur zur Behandlung ganz oberflächlicher, seichter Karzinome. Eine Steigerung der Fernwirkung kann man aber durch Verwendung ausserordentlich kräftiger Strahlenquellen, also grosse Quantitäten vorzüglichen radioaktiven Materials erzielen.)

50. — Die Bestrahlungs- und chirurgische Behandlung maligner Neubildungen. 85. Versamml. deutsch. Naturf. u. Ärzte in Wien. 25. Sept. Als Original erschienen in Deutsche med. Wochenschr. Nr. 43. p. 2078—2083. (Nicht speziell gynäkologisch.)

51. Fürstenberg, A., Physiologische und therapeutische Wirkungen des Radiums und Thoriums. Carl Marhold, Halle a. S. 1912. (Mk. 1.80.) 68 Seiten. (Die kleine Broschüre ist besonders dem zu empfehlen, der sich rasch über das Wichtigste aus der Physik, der Biologie und der therapeutischen Anwendung des Radiums und Thoriums orientieren will. Etwas kurz ist die direkte Radiumbestrahlung abgehandelt, während die Emanationstherapie ausführlicher erörtert wird.)

52. Gál, F., und K. Flesch, Röntgen- und Mesothoriumbehandlung des Uteruskrebses. Orvosi Hetilap. Gyn. Nr. 2. (Sammelbericht.)

53. Gauss, C. J., Heilversuche bei Krebs verschiedener menschlicher Organe durch Röntgen- und Mesothoriumbestrahlung. Mittelrhein. Ges. f. Geb. u. Gyn. Sitzg. vom 16. Febr. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Erg.-Heft. p. 397. (Technik. Es stellte sich heraus, dass im Verlauf der Bestrahlung die getroffenen Stellen des Tumors sich der einwirkenden Strahlenart anzupassen schienen und erst dann wieder eine nachhaltige Beeinflussung aufwiesen, wenn man durch Änderung des Filters sie wiederum erneut empfindlich treffen konnte. Die Bestrahlung wurde unterbrochen, wenn die Kontrolle des Blutbildes eine Leukopenie von weniger als 3000 Leukozyten ergab. Dies war aber nur einmal der Fall. — Genaue Beschreibung der mikroskopischen Befunde von sieben bestrahlten Fällen. Es wurden auch schon gutartige Fälle gynäkologischer Erkrankungen in Angriff genommen; von 56 wurden 11 geheilt (fünf Metropathien und sechs Myome). Die Einwirkung der Strahlen scheint nur lokal zu sein. Der Organismus verträgt solche Bestrahlungen ohne Schädigungen.)

54. — Strahlenbehandlung der Karzinome. IV. Intern. Kongr. f. Physiotherapie in Berlin. Sitzg. vom 28. März. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 17. p. 603. (Kombinationsbehandlung mit X- und Mesothoriumbestrahlung. Letztere allein hält er nicht für geeignet, weil nicht intensiv genug. Technik. 30 Tumoren wurden bisher bestrahlt, davon sind 10 bisher geheilt und rezidivfrei geblieben. Der Erfolg trat meist innerhalb von 2—3 Wochen ein. Weiter wurden 14 Karzinombestrahlungen nach Operationen ausgeführt. Auch bei diesen Fällen hat Gauss bisher keine Rezidive gesehen.)

55. — Zur Technik der gynäkologischen Mesothoriumtherapie. Strahlentherapie. Bd. 3. Heft 1. p. 348—364. (Technik; wird a. a. O., Kapitel 2 „Elektrizität usw." referiert.)

56. Gould, A. Pearce, The use of gamma radiations in surgery. Brit. med. Assoc. Meeting at Brighton, July 23—25. Ref. The Brit. med. Journ. Nr. 2754. Oct. 11. p. 908—910. (Nicht gynäkologisch.)

57. — — Radium and cancer. West Somerset Branch of the Brit. med. Assoc. Meeting at Taunton. Dec. 9. Ref. Deutsche med. Wochenschr. 1914. Nr. 4. p. 193. Als Original erschienen in The Brit. med. Journ. 1914. Nr. 2766. Jan. 3. p. 1—6. (Nicht gynäkologisch. 4 Abbild. Korrespondenz darüber in Brit. med. Journ. 1914. Nr. 2769. Jan. 24. p. 219. Nr. 2770. Jan. 31. p. 274—275.

58. Grünbaum, D., Zwei Fälle von evidenter lokaler Wirkung des Mesothoriums bzw. Radiums bei Karzinomen. Nürnberger med. Ges. u. Poliklinik. Sitzg. vom 13. Nov.

Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 52. p. 2430. (Durch Blutung bei inoperablem Uteruskarzinom moribund eingelieferte Patientin wurde so günstig beeinflusst, dass kein Karzinom mehr nachgewiesen werden konnte. Im zweiten Falle verschwand ein faustgrosser Rezidivtumor an der Beckenschaufel nach fünfwöchiger Bestrahlung restlos. Exitus wahrscheinlich an Metastasen des Gehirns, Sektion verweigert.)

59. Gunsett, A., La question du mésothorium dans le traitement du cancer en Allemagne. Arch. d'électr. méd. Tome 21. p. 102—112. (Zusammenfassender Bericht über die Resultate von Krönig-Gauss, Bumm, Döderlein in übersichtlicher Form, wie er in der deutschen Literatur noch nicht existiert.)

59a. — La question du radium dans le traitement du cancer. Arch. d'électr. méd. Jahrg. 21. Nr. 369. p. 436—440. (Bericht über die Wiener Naturforscherversammlung.)

60. — Die Frage der Radiumbehandlung der gynäkologischen Krebse in Frankreich. Unterelsäss. Ärzteverein zu Strassburg i. E. Sitzg. vom 8. Nov. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 49. p. 2306. Deutsche med. Wochenschr. 1914. Nr. 6. p. 311. Als Original erschienen i. d. Strassburger med. Zeitung. Jahrg. 10. Heft 2. p. 272—277. (Französische Methoden der Radiumbehandlung, insbesondere die von Chéron und Rubens-Duval.)

61. Haendly, P., Die histologischen Veränderungen der mit Röntgenstrahlen und Mesothorium behandelten Karzinomfälle. Berl. med. Ges. Sitzg. vom 7. Mai. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 22. p. 1033. (Vortragender hat die von Bumm in derselben Sitzung besprochenen Fälle vor und nach der Bestrahlung mikroskopisch untersucht und macht genaue Angaben über den Befund (siehe Bumm, Nr. 13).

62. — Die histologischen Veränderungen der mit Röntgenstrahlen und Mesothorium behandelten Karzinomfälle. XV. Versamml. d. deutsch. Ges. f. Gyn. (14.—17. Mai) zu Halle a. S. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 27. p. 1280. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 24. p. 1183. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 25. p. 1404. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 24. p. 895. Gyn. Rundschau. Heft 14. p. 525. (An der Oberfläche der untersuchten Probeexzisionen fand sich stets eine schmale Zone von nekrotischem Gewebe, darunter eine Schicht von Granulationsgewebe. In allen Präparaten war Sklerose und hyaline Degeneration der Bindegewebsfibrillen vorhanden. Von den vor der Behandlung vorhandenen breiten Strängen und Haufen von Karzinomzellen fanden sich gar keine Karzinomzellen mehr, oder nur noch spärliche, die alle Zeichen des Unterganges zeigten. Bei Uteris, die nach voraufgegangener Strahlenbehandlung exstirpiert worden sind, zeigte sich an der Oberfläche das gleiche: Nekrose, Granulationsgewebe und untergehende Karzinomzellen. In der Tiefe aber und besonders an der Peripherie der Neubildung fanden sich noch Haufen gut erhaltener Karzinomzellen, von denen sich hie und da Stränge bis dicht unter die Oberfläche hinzogen.)

63. — Die Wirkung der Mesothorium- und Röntgenstrahlen auf das Karzinom, den Uterus und die Ovarien. Strahlentherapie. Bd. 3. Heft 1. p. 300—307. (Ausgedehnter Untergang des Karzinomgewebes, das durch neugebildetes Bindegewebe ersetzt wird. Letzteres sklerosiert. Die glatte Muskulatur atrophiert und verschwindet fast völlig. Die Muskelfibrillen degenerieren zum Teil hyalin. Im Ovarium werden die Primärfollikel völlig zerstört. Die Gefässe zeigen eine hyaline Degeneration der Adventitia und Media. Durch eine Wucherung der Intima kommt es zu einer Obliteration zahlreicher Gefässe.)

64. — Anatomische Befunde bei mit Mesothorium und Röntgenstrahlen behandelten Karzinomen. Arch. f. Gyn. Bd. 100. Heft 1. p. 49—69. Ref. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 40. p. 1630. Wiener med. Wochenschr. Nr. 48. p. 3111. (Es wurden untersucht drei durch Operation und zwei durch Sektion gewonnene Präparate von Fällen, die vorher einer intensiven Bestrahlung unterworfen worden waren. Diese hatte zu einer völligen Zerstörung der oberflächlichen, einer weitgehenden der tiefer gelegenen Karzinomzellen geführt; doch waren in allen Fällen noch Karzinomnester in der Tiefe nachweisbar; Metastasen blieben unbeeinflusst; ein Ersatz des zugrunde gegangenen Gewebes erfolgt vereinzelt durch schwächliche Granulationen, meist durch sklerotisches, hyalin degeneriertes Bindegewebe. In den am stärksten bestrahlten Fällen war es zu tiefgreifenden Nekrosen gekommen.)

65. — Die Verwendung der strahlenden Energie in der Gynäkologie. Therap. Monatsh. Heft 11. Nov. p. 760—765. (Übersicht als Fortbildungsvortrag.)

66. Hamm, A., Technik und Resultate der Strahlentherapie. Unterelsäss. Ärzteverein zu Strassburg i. E. Sitzg. vom 8. Nov. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 49. p. 2306.

Deutsche med. Wochenschr. 1914. Nr. 6. p. 311. (Die wenigen Fälle von Karzinom des Uterus und der Scheide, die bisher in der Strassburger Frauenklinik behandelt werden konnten, blieben stationär oder zeigten geringe Besserung. Von Heilungen kann bis jetzt nicht gesprochen werden. Als Nebenerscheinungen bei der Radiumanwendung sind zu verzeichnen: Müdigkeitsgefühl, Fieber und einmal Durchfall. Eklatant war die Wirkung auf die Blutungen, welche sistierten. Von 12 mit Röntgenstrahlen behandelten Myomen wurden sechs geheilt. — Technik.)

67. Heimann, F., Zur Technik der Mesothoriumbestrahlung. Gyn. Ges. zu Breslau. Sitzg. vom 24. Juni. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Heft 3. p. 366—367. (Ausschliesslich Technik der Bestrahlung.)

68. — Erfolge der Mesothorium- und Röntgenbehandlung beim Karzinom. Med. Sekt. d. schles. Ges. f. vaterl. Kultur zu Breslau. Sitzg. vom 4. Juli. Ref. Berl. klin. Wochenschrift. Nr. 34. p. 1589. (Zwei kasuistische Fälle. Bei der Probelaparotomie musste wegen Inoperabilität das Abdomen wieder geschlossen werden. Eine kombinierte Mesothorium-Röntgenbestrahlung seit drei Monaten hat den Erfolg, dass Blutung und Ausfluss vollkommen aufgehört haben, dass die Portio sich fast völlig epithelialisiert hat. Eine weitere Exzision ist noch nicht wieder gemacht worden.)

69. — Zur Strahlenbehandlung der Uteruskarzinome. Med. Sekt. d. Schles. Ges. f. vaterl. Kultur. Sitzg. vom 14. Nov. Als Original erschienen i. d. Berl. klin. Wochenschr. 1914. Nr. 1. p. 12—14. (Empfehlung der kombinierten Mesothorium- und Röntgenbestrahlung. Von 18 inoperablen Uteruskarzinomen wurden bisher sechs ausgezeichnet beeinflusst, sieben sind noch in Behandlung, wurden aber schon erheblich gebessert. Von Heilung kann aber noch in keinem Falle gesprochen werden. — Technik.)

70. Herrmann, F., Über Radium, seine therapeutische Anwendung und Wirkung. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 40. p. 2236—2240. (Übersichtsreferat.)

71. Hertwig, O., Wirkung der radioaktiven Körper und der Strahlungen auf normale und pathologische Gewebe. XVII. Intern. med. Kongr. in London. 6.—12. August. Ref. Wiener med. Wochenschr. Nr. 31. p. 1921. (Radium- und Mesothoriumstrahlen rufen in erster Linie Veränderungen in den Kernsubstanzen pflanzlicher und tierischer Zellen hervor. Daher werden Eier und Samenfäden trotz ihres sehr ungleichen Gehalts an Protoplasma bei gleich intensiver Bestrahlung annähernd gleichstark verändert. Beweisend hierfür ist die gestörte Entwickelung des befruchteten Eies nach vorausgegangener Bestrahlung einer der beiden Keimzellen vor der Befruchtung. Die früher aufgestellte Hypothese, dass das Lezithin in den Zellen zersetzt werde, ist daher nicht länger aufrecht zu erhalten.)

72. Heynemann, Th., Röntgen- und Mesothoriumbehandlung des inoperablen Karzinoms. XV. Versamml. d. deutsch. Ges f. Gyn. (14.—17. Mai) zu Halle a. S. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 26. p. 1286. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 28. p. 1329. (Zwei inoperable Cervixkarzinome wurden mit 4700 resp. 4800 mg-Stunden-Mesothorium und 600 Lichtminuten Röntgenstrahlen bestrahlt. Der jauchige Karzinomkrater verschwand. Probeexzisionen liessen kein Karzinom mehr nachweisen. Eine Heilung liegt aber bisher nicht vor, da die Parametrien noch nicht infiltriert sind.)

73. Hirsch, G., Gegenwärtiger Stand und Aussichten der Röntgen-Radium-Mesothoriumtherapie bei malignen Tumoren in der Gynäkologie. Ärztl. Verein zu München. Sitzg. vom 15. Okt. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 46. p. 2160. Deutsche med. Wochenschrift, Nr. 51. p. 2541. (Sammelreferat über die bisher erschienenen Arbeiten und Bericht über 35 eigene mit Röntgenstrahlen behandelte Fälle. Vortragender kombiniert die chemische, biologische und serologische Behandlung. Bei malignen Geschwülsten sind die Erfolge um so besser, je höher die Dosen, die gegeben werden. Diskussion: G. Klein verfügt über 56 mit Röntgen und 25 mit Mesothorium günstig behandelte Fälle von Uteruskarzinom. Auch er wendet die kombinierte Strahlen- und Chemotherapie mit Selen, Radium, Borcholin usw. an. Operable Fälle sollen vorher operiert werden, nachher bestrahlt. Döderlein wird Uteruskarzinome jetzt und in der Zukunft nur mit Mesothorium behandeln, denn nur durch eine derartige ausschliessliche Therapie ist es möglich, in 5—10 Jahren ein wirklich wertvolles Urteil über die neue Strahlentherapie zu gewinnen. Von 122 Uteruskarzinomen sind 15 zurzeit ohne objektive und subjektive Beschwerden; bei diesen 15 waren einige ausgedehnte, inoperable Fälle. 13 Frauen sind gestorben. In keinem Falle wurde ein Fortschreiten des Krebses während der Mesothoriumbehandlung beobachtet. Es waren 200 mg pro dosi angewendet worden.)

74. Hirsch, G., Die Röntgenstrahlen-, Radium- und Mesothoriumtherapie bei malignen Tumoren in der Gynäkologie. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 21. Heft 2. p. 123—147. (Wirkung der Strahlen ist eine lokale. Metastasen werden nicht zurückgebildet. Wirkungsweise auf das Karzinom ist eine spezifische, aber auf die einzelnen Krebsformen nicht immer gleich. Am günstigsten scheinen Sarkome und Zystenkarzinome mit papillärem Bau beeinflusst zu werden. Kombination der Radiotherapie mit tumoraffinen chemischen Stoffen (Arsen-, Tellur- und Selenverbindungen und die Cholinsalze) ist sehr zweckmässig.)

75. Hirschfeld, H., und S. Meidner, Experimentelle Untersuchungen über die biologische Wirkung des Thorium X nebst Beobachtungen über seinen Einfluss auf Tier- und Menschentumoren. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 77. Heft 5 u. 6. p. 407—437. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 32. p. 1489. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 33. p. 1346. (Verff. konnten weder bei Mäusekarzinomen noch bei Rattensarkomen irgendwelche Beeinflussung feststellen. Ebenso negativ verliefen die Versuche bei menschlichen Tumoren. Sie kommen zu dem Schluss, dass der Einfluss, den das Thorium X malignen Tumoren, insbesondere Karzinomen gegenüber zu entfalten vermag, nicht sehr hoch zu veranschlagen sein dürfte.)

76. Jacobs, Ch., Radiumtherapie der Uterus- und Scheidenkarzinome. XVII. Intern. med. Kongr. in London (6.—12. August). Ref. The Lancet. Nr. 4695. August 23. p. 560. The Brit. med. Journ. Nr. 2747. August 23. p. 452. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 37. p. 2082. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 38. p. 1863. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 38. p. 1787. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 45. p. 1876. (24 Fälle von Cervixkarzinom wurden sehr günstig beeinflusst; drei davon seit 2—3½ Jahre. Er benutzt zwei Radiumtuben (12—20 cg), welche er 24—36 Stunden in den Tumor oder in den Cervix uteri einlegt und diese Applikation 4—5 Wochen lang alle 10—12 Tage wiederholt. Das Resultat wird im Laufe von 2—3 Monaten klar. Karzinome der äusseren Genitalien lassen sich von der Bestrahlung weniger leicht beeinflussen; vielleicht ist dazu die Dosis noch zu gering.)

77. Jung, Ph., Zur Mesothoriumbehandlung von Genitalkarzinomen. Med. Ges. in Göttingen. Sitzg. vom 25. Juni. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 31. p. 1531. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 33. p. 1544. Als Original erschienen in Strahlentherapie. Bd. 3. Heft 1. p. 246—250. (Jung berichtet von vier Fällen von inoperablem Uterus- und Vulvakarzinom, in denen er mit 100 mg Mesothorium in 2 mm Bleifilter bisher günstige Erfolge zu verzeichnen gehabt hat. Vortragender möchte vorerst die Indikationsstellung nur auf inoperable Fälle ausgedehnt wissen, glaubt aber, dass man bei derartigen Fällen mit der Mesothoriumbehandlung Dinge erreichen kann, die früher nicht möglich waren. — Als Nebenerscheinung wurde in zwei Fällen blutig-eitrige Sekretion aus dem Mastdarm beobachtet.)

77a. Kailan, A., Über die chemische Wirkungen der Strahlen radioaktiver Körper. Radium in Biol. u. Heilk. Bd. 2. Heft 9. p. 257—271 u. Heft 10. p. 289—304.

78. Keetman, B., und M. Mayer, Gesichtspunkte für die Mesothoriumtherapie. Strahlentherapie. Bd. 3. Heft 2. p. 745—758. (Technik; wird an anderer Stelle, Kap. 2 „Elektrizität usw." referiert.)

79. Keitler, H., Zur Radiumbehandlung des Gebärmutterkrebses. Wiener klin. Wochenschrift. Nr. 45. p. 1839—1841. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 48. p. 2242. (Operable Krebse sind zu operieren; inoperable werden durch die Bestrahlung oft operabel. Operierte sollen nachbestrahlt werden. Im übrigen sind nach Ansicht des Verf. die vielen ungünstigen klinischen Erfolge auf unsere bis jetzt noch mangelhafte Technik zurückzuführen. Noch ganz ungeklärt ist auch die Frage der Filterung und Dosierung.)

80. Klein, G., Primäre Ergebnisse der kombinierten Karzinombehandlung mit Mesothorium, Röntgenstrahlen und intravenösen Injektionen. Bayr. Ges. f. Geb. u. Frauenheilk. Sitzg. vom 7. Dez. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 51. p. 2865. Als Original erschienen in Münchn. med. Wochenschr. 1914. Nr. 3. p. 114—118. (Sechs Fälle von Carcinoma uteri und mammae und einige chirurgische Karzinomfälle, welche die gleichen günstigen Erfolge erkennen lassen. Die Resultate beweisen, dass mit kleineren Strahlenmengen ebensogut Erfolge erzielt werden können, wie mit den viel grösseren Dosen Döderleins. Die von Bumm verwendeten enormen Strahlenmengen hält Vortragender für zu gross und sogar für gefährlich. Um die Wirkung zu verstärken, wurde die Mesothoriumbehandlung teils mit Röntgenbestrahlungen, teils durch intravenöse Injektionen von Elektrokobalt, Borcholin, Kalzium- oder

Bariumselenat kombiniert. Bei den intravenösen Injektionen muss man mit ganz minimalen Dosen anfangen, da man sonst leicht Kollapse erlebt. Operable Fälle werden wie früher operiert und nach der Operation prophylaktisch bestrahlt. — Technik und Dosierung.)

81. Klemperer, G., und S. Meidner, Die Behandlung der inoperablen bösartigen Geschwülste. Deutsche Klinik am Eingange des 20. Jahrh. Bd. 14. (3. Ergänzungsbd.) p. 41—80.

82. Klotz, R., Die Beeinflussung des inoperablen Uteruskarzinoms mit Strahlen- und intravenöser Chemotherapie. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 31. p. 1704—1705. (Siehe unter a) Röntgenstrahlen, Nr. 33.)

83. Knox, R., Radium in the treatment of malignant disease. The Brit. med. Journ. Nr. 2736. June 7. p. 1196—1199. (Allgemein gehaltene Abhandlung über die Wirkung der Radiumbestrahlung auf Tumorzellen, Technik der Bestrahlung, Auswahl der für diese Behandlung geeigneten Fälle und äussere Einflüsse auf das Resultat der Behandlung. Dem Karzinom des Genitalkanals wird nur in wenigen Worten Erwähnung getan. Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: In beginnenden Fällen ist die operative Behandlung die beste, schnellste und aussichtsreichste. Radiumbestrahlung prophylaktisch nach der Operation und für Fälle, die nicht operiert werden können, ist sehr wichtig. Röntgenstrahlen leisten aber oft genau dasselbe. Inoperable Fälle werden oft durch Radiumbestrahlung operabel.)

84. Körbl, H., Zur Diskussionsbemerkung des Prof. Latzko anlässlich der Radiumdebatte. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 28. p. 1167—1168. (Verf. kann sich nicht mit den Schlüssen Latzkos vereinigen, dass das Radium durch elektives Verhalten der Karzinomzelle gegenüber sich prinzipiell von jenen Mitteln unterscheidet, deren Wirksamkeit beim Krebs an den Tod des umgebenden Gewebes geknüpft ist (Glüheisen, Ätzmittel usw.). Unter den abgestorbenen befinden sich immer noch lebensfähige Krebskeime, besonders in der Tiefe. Die oberflächliche Vernarbung schwächt die Wirkung des Radiums immer mehr ab, schliesslich derart, dass die tiefgelegenen Reste von Karzinomzellen nur dann noch von den Radiumstrahlen beeinflusst werden können, wenn sie in einer solchen Intensität appliziert werden, dass auch das benachbarte Gewebe darunter leidet, die elektive Wirkung des Radiums in dieser Behandlungsphase also aufhört. Es ist zu erforschen, in welchem Grade es zu einer Abschwächung der Radiumwirkung durch die entstehende Narbenbildung kommt.)

85. Krebsforschung, 3. Internationale Konferenz für —, in Brüssel, vom 1.—5. August. Ref. „Strahlentherapie". Bd. 3. Heft 2. p. 451—456.

86. Krinski, B., Entwickelung und augenblicklicher Stand der Therapie mit strahlenden Substanzen in der Gynäkologie. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb., sowie deren Grenzgebiete. Bd. 3. Heft 2. p. 33—41. (Ergebnisse der Radiumbestrahlung von Karzinomen und Myomen.)

87. Kroemer, P., Mesothoriumeinwirkung auf genitale Neubildungen. XV. Versamml. d. deutsch. Ges. f. Gyn. 14.—17. Mai zu Halle a. S. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 25. p. 1231. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 26. p. 1455. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 27. p. 1282. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 24. p. 896. Gyn. Rundschau Heft 14. p. 525. (Bericht über 22 Fälle von grösstenteils inoperablen Tumoren, welche mit Mesothorium und Röntgentiefenbestrahlung, sowie Thorium X als Lösung per os oder intravenös, ferner in Salben- und Pulverform auch lokal, behandelt wurden. Neun Kollumkrebse liessen sich im Laufe der Behandlung soweit verkleinern, dass siebenmal der Uterus durch Radikaloperation mit Anhängen und Lymphverbindungen entfernt werden konnte. Ähnlich günstige Erfahrungen ergaben zwei Korpuskarzinome, darunter eins mit Vaginalmetastasen, sowie vor allem ein als Ulcus rodens auftretendes Karzinom der Vulva. Eine Schädigung der gesunden Gewebe ist in keinem Falle zur Beobachtung gekommen. Es gibt Patientinnen, welche eine Art Überempfindlichkeit gegen das Mesothorium aufweisen und die Kapsel gewöhnlich als „Feuerkugel" bezeichnen. Drüsenmetastasen konnten bisher noch nicht in günstiger Weise beeinflusst werden.)

88. — Mesothoriumbehandlung der Uteruskarzinome. XVII. Intern. med. Kongr. in London (6.—12. August). Ref. The Lancet. Nr. 4695. August 23. p. 560. The Brit. med. Journ. Nr. 2747. August 23. p. 452. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 37. p. 2082. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 38. p. 1787. Wiener med. Wochenschr. Nr. 46. p. 2980. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 45. p. 1876. La Gyn. Nr. 10. Oct. p. 616. (Vortragender

hat bei seinen 32 Fällen ausgezeichnete Resultate erzielt, ausgenommen bei den ovariellen Karzinomen. Die Operation heilt nur 20% der Fälle; für die übrigen ist die Strahlenbehandlung der einzige Ausweg. DiePatientinnen fühlen sich nach der Strahlenbehandlung besser wie nach der Operation.)

89. Kroemer, P., Einwirkung von Röntgen- und Mesothoriumstrahlen auf maligne Neubildungen der Genitalien. Strahlentherapie. Bd. 3. Heft 1. p. 242. (Tiere erliegen meistens der Thoriumwirkung, bevor die Tumoren geheilt sind. In Vorversuchen mit Menschen (so bezeichnet Verf. noch seine eigene Behandlung beim Menschen) wurden in 17 von 26 zum Teil sehr schweren Fällen befriedigende Ergebnisse erzielt. Auch mit kleinen Dosen (30—36 mg Aktivität) gelingt es in geeigneten Fällen, völlige Umwandlung von Tumorgewebe in krebsfreies Narbengewebe zu erzielen. Drüsenmetastasen blieben unbeeinflusst. Nebenerscheinungen nur Appetitmangel und infolgedessen Gewichtsverlust.)

90. Krönig, B., Mesothoriumbestrahlung der Karzinome. Mittelrhein. Ges. f. Geb. u. Gyn. Sitzg. vom 16. Febr. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Erg.-Heft. p. 400. (Nur hohe Dosen können zum Ziele führen; sobald man mit kleinen Dosen Röntgenstrahlen oder Mesothoriumaktivität kommt, so wächst erfahrungsgemäss das Karzinom ganz gewaltig. Vortragender hat die Überzeugung, dass die Mesothoriumbehandlung in der Tiefe das Karzinom zum Verschwinden bringen kann. Deshalb werden jetzt auch die operablen Fälle mit Bestrahlung behandelt und bisher mit gutem Erfolg.)

91. — Strahlenbehandlung des Krebses. Badisches Landeskomitee f. Krebsforsch. Sitzg. vom 30. Juni zu Heidelberg. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 32. p. 1797. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 34. p. 1380. Wiener med. Wochenschr. Nr. 43. p. 2802. (Krönig gebraucht sehr hohe Dosen von Mesothor — bis zu 800 mg — filtert die Strahlen sehr kräftig und hat damit bei Uterus-, Vaginal- und Rektumkarzinomen von Pflaumenbis Gänseeigrösse in einer Reihe von Fällen komplette Rückbildungen gesehen, die allerdings zum Teile noch zu kurz beobachtet sind, um als Dauerheilungen zu gelten, von denen aber einzelne immerhin schon seit Monaten rezidivfrei geblieben sind. Die Mesothorbestrahlung wird unterstützt durch Röntgenbehandlung oder auch durch Enzytolinjektionen, über deren Erfolg aber noch kein endgültiges Urteil gefällt werden kann. Krönig behauptet, auch Fernwirkungen nach seinen intensiven Bestrahlungen gesehen zu haben.)

92. — Röntgen- und Radiumtherapie bei malignen Geschwülsten. XVII. Intern. med. Kongr. in London. 6.—12. August. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 38. p. 1786. Münchn. med Wochenschr. Nr. 37. p. 2081. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 45. p. 1876. (In all den Fällen, in denen das Karzinom den radioaktiven Substanzen leicht zugänglich ist, ist die Anwendung von Mesothorium oder Radium der Anwendung von Röntgenstrahlen wohl vorzuziehen. Im Interesse der Verhütung von Metastasen scheint aber die kombinierte Behandlung besonders empfehlenswert. Ob noch chemische Substanzen im Sinne der Sensibilisierung für die strahlende Energie notwendig sind, bleibt weiteren Untersuchungen vorbehalten. Bei all den Karzinomen, welche der Betastung und Beobachtung leicht zugänglich sind, und bei denen die Entfernung von der strahlenden Substanz keine sehr grosse ist, scheint die nicht operative Behandlung vorzuziehen zu sein. Unter 96 nicht operativ behandelten Karzinomen sind fünf gestorben, sieben haben sich der Behandlung entzogen, 46 sind geheilt, d. h. es war weder ein Tumor zu fühlen, noch mikroskopisch Karzinom festzustellen. 38 Fälle stehen noch in Behandlung. Dauerresultate mit genügend langer Beobachtungszeit liegen nicht vor; die längste Rezidivfreiheit beträgt etwas über $1\frac{1}{2}$ Jahre.)

93. — und C. J. Gauss, Die Strahlentherapie in der Gynäkologie: Röntgen- oder Radiumtherapie? Zentralbl. f. Gyn. Nr. 5. p. 153—159. Ref. La sem. méd. Nr. 20. p. 235. Ann. de gyn. et d'obst. Tome 10. Mars. p. 177—178. (Erste Versuche der Radiumbestrahlung. Technik, Filterung der Strahlen und vorläufige Mitteilung der ersten Resultate, die sehr günstig sind. Verff. benutzen vorderhand gern die unterstützende Wirkung der γ-Strahlen im Verlaufe der Röntgenbehandlung, geben aber nicht im mindesten die Hoffnung auf, mit einer zweckmässig ausgebauten Radiumtiefentherapie allein die Ziele zu erreichen, die andere Autoren bisher mangels einer zweckmässigen Technik aufgegeben haben.)

94. — — Die operationslose Behandlung des Krebses. XV. Versamml. d. deutsch. Ges. f. Gyn. (Halle a. S.). Sitzg. vom 16. Mai. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 24. p. 1181. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 25. p. 1402. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 26. p. 1237. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 24. p. 890. Gyn. Rundschau. Nr. 14. p. 524. Als

Original erschienen in Deutsche med. Wochenschr. Nr. 26. p. 1233—1237. (Referat siehe Nr. 95.)

95. Krönig, B., und C. J. Gauss, Die Behandlung des Krebses mit Röntgenlicht und Mesothorium. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 26. p. 1233—1237. Ref. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 30. p. 1252. Therap. Monatshefte. Heft 8. p. 596. (Zuerst wird genau die Technik der Mesothorium-Tiefenbestrahlung angegeben. Sie unterscheidet sich von der früheren und anderen Orts angewandten Methode: 1. durch die Applikation reiner, durch starke Filtrierung gesicherten γ-Strahlung. 2. Durch erhebliche Erhöhung der angewandten Oberflächendosis zum Zwecke einer Summation der relativ kleinen einzelnen Tiefendosen unter Verwendung von Kreuzfeuer und Nahabstand. 3. Durch die auf der biologischen Eichung der Bestrahlungskörper beruhenden optimalen Ausnützung der für die Bestrahlung gegebenen Zeitgrenze. 4. Durch die Fixierung gewisser Vorsichtsmassregeln, deren Befolgung die auch bei reiner γ-Strahlung möglichen Oberflächenbeschädigungen vermeiden lässt. — Folgt die Mitteilung der Resultate. Es wurden auch noch operable Fälle und prophylaktisch zur Verhütung von Rezidiv nach Operation bestrahlt. Zusammenfassend kommen die beiden Verff. dazu, folgende Behandlung der Karzinome zu empfehlen: Wenn das Karzinom noch operabel und der Kontrolle durch Tast- und Gesichtssinn zugängig ist, so versuche man, es durch Strahlenbehandlung zu heilen. Bleibt der Erfolg aus, so kommt man mit der Operation immer noch früh genug. Wenn das Karzinom operabel, der Kontrolle aber durch Tast- und Gesichtssinn nicht zugängig ist, so mag man die Radikaloperation dann ausführen, wenn die für primäre Operationsmortalität und absolute Dauerleistung anzunehmende Zahl Aussicht auf Erfolg bietet; ist das nicht der Fall, so wäre auch da die Strahlenbehandlung am Platze. Wenn das Karzinom inoperabel ist, muss auf jeden Fall eine intensive Strahlentherapie einsetzen, deren Erfolg man unter allen Umständen durch Kombination mit verwandten Behandlungsmethoden unterstützen sollte. Verff. betonen zum Schluss die Notwendigkeit, die durch strahlende Energie geheilten Karzinome in regelmässigen Zeitabständen prophylaktisch weiter zu bestrahlen, und zwar auch nach dem völligen Verschwinden aller karzinomverdächtigen Symptome.)

97. Latzko, W., Diskussion zu Wertheim: Radiumbestrahlung von Karzinomen. K. k. Ges. d. Ärzte in Wien. Sitzg. vom 20. Juni. Ref. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 26. p. 1090—1091. Wiener med. Wochenschr. Nr. 27. p. 1687. La sem. méd. Nr. 26. p. 311. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 27. p. 1523. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 35. p. 1637. Erweitert als Original erschienen (W. Latzko und H. Schüller) i. d. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 39. p. 1541—1546 (mit 8 farb. mikroskop. Bildern) Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 41. p. 2010. (Es wurden drei inoperable und ein operabler Fall von Cervixkarzinom und ein Fall von Rezidiv nach abdomineller Radikaloperation wegen Uteruskarzinom bestrahlt. So überraschende Wirkungen, wie sie Wertheim gesehen hat, wurden nicht beobachtet. Jedoch war in allen Fällen zweifellos klinisch eine Besserung nachweisbar, indem unter Verkleinerung und Glättung der Krater die Jauchung aufhörte, während gleichzeitig die Tumoren an Masse abnahmen. Die Rezidivknoten in der Scheidenschleimhaut des letztgenannten Falles sind nicht mehr tastbar. Seitdem Filter angewendet werden, sind Schädigungen nicht mehr vorgekommen. Es wurde mikroskopisch ein elektives Verhalten des Radiums gegenüber der Karzinomzelle festgestellt, durch die es sich prinzipiell unterscheidet von den früher vielfach angewandten Ätz- und Kauterisationsmitteln. Der Beweis, dass nicht weiter vom Hauptherd entfernt noch unveränderte oder mindestens lebensfähige Karzinominseln sich der Radiumwirkung entzogen haben, wurde nicht erbracht. Radium und Mesothorium in gleicher Weise angewendet, haben ganz dieselbe Wirkung auf dem Karzinom [cf. Körbl, Nr. 84].)

98. — Zur Radiumtherapie des Krebses. 85. Versamml. deutsch. Naturf. u. Ärzte in Wien. 21.—27. Sept. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 42. p. 2370. Wiener med. Wochenschr. Nr. 45. p. 2921. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 45. p. 1873. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 47. p. 2211. Frauenarzt. Bd. 28. Heft 2. p. 503. (In einer Reihe von Fällen konnten nach intensiver Bestrahlung die nachträglich entfernten Genitalien genau anatomisch untersucht werden. In einem Falle von Cervixkarzinom war nirgends mehr gut erhaltenes Karzinomgewebe nachweisbar. In einem Falle von Korpuskarzinom fanden sich noch gut erhaltene Krebsalveolen in der Muskulatur. Ein Fall von beginnendem Epitheliom einer Muttermundslippe zeigte nach mehr als 20 000 Milligrammstunden den überraschenden Befund, dass die Krebszellen innerhalb und ausserhalb der Lymphspalten so gut wie unverändert geblieben schienen.

Es muss angenommen werden, dass es Krebsformen gibt, die sich gegenüber dem Radium refraktär verhalten. Eine Leistendrüse bei einem Falle von Vulvakarzinom, das durch die Radiumbestrahlung klinisch geheilt schien, zeigte nach ihrer operativen Entfernung unverändertes Karzinom in ihrem Innern. Als wichtigster Angriffspunkt der Radiumstrahlen ist der Zellkern zu betrachten Man darf heute noch nicht ohne weiteres die Radium- und Mesothoriumbestrahlung an Stelle der radikalen Operation setzen. Latzko stellt folgende Indikationen auf: Die flachen Epitheliome der Vulva und Vagina sollen mit Radium bestrahlt werden, doch soll bei Vulvakarzinom gleichzeitig die Exstirpation der Leistendrüsen vorgenommen werden. Korpuskarzinome eignen sich nicht zur Bestrahlung. Von Cervixkarzinomen sind diejenigen, die an der Grenze der Operabilität stehen, sofort zu operieren. Beginnende Fälle von Cervixkarzinom eignen sich am besten zu Versuchen mit Radiumtherapie. Die Domäne des Radiums sind inoperable Fälle und Rezidive.)

100. Lazarus, P., Handbuch der Radiumbiologie und -Therapie einschliesslich der anderen radioaktiven Elemente in der Biologie, Medizin und Therapie. (Mit 153 Abbild. und 2 Tafeln. Preis Mk. 24.—.) J. F. Bergmann, Wiesbaden. (Siehe Wickham, Nr. 167.)

101. — Zur Radiotherapie der Karzinome. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 28. p. 1304—1305. (Die γ-Strahlen sind den X-Strahlen physikalisch verwandt, aber biologisch sind erstere überwertig. Ihre Penetrationskraft ist etwa 40mal stärker als selbst jene der härtesten Röntgenstrahlen. Es ist praktisch ungefähr gleichgültig, ob die γ-Strahlen vom Radium oder Mesothorium stammen. Technik der Radiumbestrahlung. Es ist zu widerraten, bei der Uteruskrebsbestrahlung zu kleine Dosen anzuwenden, da dieselben im Gegensatze zu den grossen Zerstörungsdosen das Tumorwachstum geradezu beschleunigen können, ganz besonders, wenn die Tiefenwirkung nicht ausreicht. Aber auch zu starke Massendosen können Schädigungen herbeiführen. Es ist ratsamer, als Masseinheit die Zentigrammstunde und nicht die Milligrammstunde zu wählen. Über den bleibenden Wert dieser jungen Therapie kann erst die kritische Erfahrung des nächsten Lustrums entscheiden. Jedenfalls sind operable Fälle so frühzeitig als möglich zu operieren.)

102. — Stand und neue Ziele der Radium-Mesothoriumtherapie. Berl. med. Ges. Sitzg. vom 10. Dez. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 50. p. 2815. La sem. méd. Nr. 51. p. 611—612 (sehr ausführlich). Deutsche med. Wochenschr. 1914. Nr. 1. p. 49. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 51. p. 2398—2402 (sehr ausführlich). The Brit. med. Journ. Nr. 2765. Dec. 27. p. 1639. Als Original erschienen in Berl. klin. Wochenschr. 1914. Nr. 5. p. 201—207 u. Nr. 6. p. 258—264. (Wirkung der Strahlen: Der Kern ist ein Attraktionszentrum für die Sekundärstrahlung, offenbar bedingt durch die Phosphorproteide. Dagegen besteht keine besondere Anziehung der inneren Organe für Radiumstrahlen. Das Geschwulstgewebe ist nur labiler als anderes Gewebe. Ferner spielen hier Fermente eine Rolle und das Radium wirkt wahrscheinlich wie ein Katalysator, der innere Gewebsvergiftung und durch Kernschädigung den Zelltod bewirkt. Bei mangelhafter Bestrahlung tritt oft ein exzessives Wachstum der Geschwülste ein. Speziell muss die erste Bestrahlung kräftig sein. Beim Radium treten Schädigungen oft erst nach Jahren auf. Die Leukämie scheint sich zu einer Berufskrankheit der Radiologen zu entwickeln; es sind bisher sieben solche Fälle beobachtet. Diskussion: v. Seuffert. In der Münchener Frauenklinik sind nun 152 Tumorfälle (davon 103 inoperable) radiologisch mit Mesothorium behandelt ($^2/_3$ der Fälle ohne Röntgenstrahlen). In allen Fällen wurde eine günstige Beeinflussung gesehen, mindestens Aufhören der Blutung und der Schmerzen. In 31 Fällen ist zurzeit die Behandlung erfolgreich abgeschlossen. J. Hirsch hat bei seinen 126 Tumorfällen stets einen Erfolg erzielt, in manchen Fällen möchte er von Heilung reden. Am deutlichsten ist die Wirkung bei Sarkomen. Bickel hat die Strahlenwirkung in keinem Falle versagt. Von ungünstigen Erscheinungen hat er Fieber, Tenesmen etc. gesehen. H. E. Schmidt bespricht besonders die Spätschädigungen, die in einer atrophischen Hautdegeneration bestehen, die noch spät zu Nekrosen führen kann. P. Rosenstein hat konstatieren können, dass einzelne Patientinnen sich trotz Verschwindens des Tumors sich im kachektischen Zustande befinden, was er auf die durch die Radiumwirkung eingeleiteten Resorptionsvorgänge bezieht. Nach A. Alexander kann man bei der Benützung kleiner Dosen durch Pausen die Schädigungen fast vollkommen vermeiden. Ebenso ist Kräftigung des gesamten Körperzustandes durch Arsen etc. erstrebenswert. — Sitzg. vom 17. Dezember: Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr 52. p. 2920. La sem. méd. Nr. 52. p. 622—623. Deutsche med. Wochenschr. 1914. Nr. 2. p. 97.

Berl. klin. Wochenschr. 1914. Nr. 2. p. 84—89. Koblank fürchtet die Sekundärstrahlen nicht und hält ihre Wirkung für eventuell nützlich. Er kombiniert die Radiumbehandlung mit Hochfrequenzströmen, Bierscher Stauung etc. A. Pinkuss hält es für wichtig, das Krebsgewebe mit höchstmöglichster Intensität, nicht mit abgeschwächter anzugreifen, da letztere eventuell als Reizdosis wirken kann. Bei älteren Personen wendet er die Bestrahlung allein an, bei jüngeren schickt er die Operation in allen den Fällen voran, wo sie leicht angängig ist und wo er mit dieser das erste Absorptionsgebiet der Strahlung beseitigen kann, um die in dem weiter tiefergelegenen Gewebe noch vorhandenen Krebsherde mit voller Intensität treffen zu können. (Als Original erschienen in Berl. klin. Wochenschr. 1914. Nr. 5. p. 207—209.) Händly fand die elektive Wirkung der Strahlung auf die Keimzellen viel stärker, als auf die Karzinomzellen. F. Nagelschmidt hält am gefährlichsten bei der Radiumtherapie die Reizwirkung, die durch Abschwächung der Strahlen im Gewebe gesetzt wird. Gauss arbeitet mit über 500 mg Radium und vermisst bei seinen Fällen die Schädigungen. Viele Fälle, die gegen Röntgenstrahlen refraktär sind, reagieren gegen Radium und Thorium gut. Unter 66 desolaten Fällen von Karzinom sind 61 gestorben, fünf gebessert. Von 26 mittelschweren Fällen sind 21 gebessert, neun operable Fälle sind vielleicht anscheinend geheilt. Von den prophylaktischen Fällen (21) sind 20 bis zu sechs Jahren rezidivfrei gegenüber 50% der operativen Rezidivstatistik. Lewin hebt hervor, dass bei multiplen Tumoren die Radiumtherapie kontraindiziert ist. Meidner hat am Krebsinstitut schwerere Radiumschädigungen nicht beobachtet. Sitzg. vom 7. Jan. 1914. Ref. Deutsche med. Wochenschr. 1914. Nr. 4. p. 200. Sem. méd. 1914. Nr. 2. p. 20—21. Berl. klin. Wochenschr. 1914. Nr. 3. p. 126—132 u. Nr. 4. p. 171—172. Abel, v. Bardeleben, Bier, Bröse, Levy-Dorn, Bumm, Schlusswort.)

103. Lazarus, W. S., Wirkung radioaktiver Substanzen auf normale und pathologische Gewebe. XVII. Intern. med. Kongr. in London. 6.—12. August. Ref. Wiener med. Wochenschr. Nr. 31. p. 1921. Arch. of the Roentgen ray. Vol. 18. Nr. 8. p. 289—299. Strahlentherapie. Bd. 3. Heft 2. p. 365—378. (Frühere Versuche zeigten, dass intensive Bestrahlung, insbesondere mit α-Strahlen, lebende Zellen schädigt. Chemische Stoffe können zerstört werden. Sehr schwache Dosen können hingegen das Zellenwachstum fördern. Dies ist von Wichtigkeit, da kleinste Radiummengen in Verbindung mit Karzinomen im menschlichen Körper gefunden werden. Wahrscheinlich ist die Wirkung von X-Strahlen und von harten γ-Strahlen eine indirekte, d. h. eine Folge der durch sie erzeugten weichen Strahlen. Der Gegenstand erfordert noch eingehende Untersuchungen.)

104. Ledoux-Lebard, R., Les substances radioactives de la série du thorium en thérapeutique. Acad. de méd. de Paris. Séance du 1 Avril. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 23. p. 1088. Als Original erschienen im Arch. d'électr. méd. Tome 21. Nr. 358. p. 451—460. (Vortragender macht besonders auf das Mesothorium aufmerksam, welches aus den Überbleibseln der Fabrikation der Auerlichtstrümpfe gewonnen wird und das wegen seines geringen Preises als Ersatzmaterial des Radiums gute Verwendung finden kann. Subkutan und intravenös injiziert, ist es bei inoperablen Karzinomen ein gutes Palliativmittel.)

105. — — Les injections de sulfate de radium insoluble chez les cancéreux inopérables. Arch. d'électr. méd. Tome 21. Nr. 363. p. 97—101. (Die Injektionen werden wegen ihrer ausgezeichneten schmerzstillenden Wirkung, die ausserdem frei von unangenehmen Nebenwirkungen ist, dringend empfohlen, mehr als Morphium. Genaue technische Angaben. Es wurden 10—20 Mikrogramm in die Tumoren injiziert.)

106. Linnert G., Experimentelle und klinische Untersuchungen über die Wirkung radioaktiver Substanzen, insonderheit des Mesothoriumbromid. Diss. Halle a. S. Juli.

107. Lobenhoffer, W., Beobachtungen über Thoriumbehandlung. III. Tagung d. Vereinig. d. bayr. Chirurgen (am 12. Juli) in München. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 30. p. 1683. (Lobenhoffer berichtet über drei eklatante Erfolge bei Sarkomen. Die weichen Rundzellensarkome zeigten lebhafte Reaktion, Nekrosen und Leukozyteninfiltration und schwanden. Die geringe Menge von 10 mg bewirkte Schwund der Tumoren. Die Karzinomzelle reagiert mit Vakuolisierung; in der weiteren Umgebung treten Kernteilungsfiguren auf, die aber von den gewöhnlichen verschieden sind. Das Wirksame sind die γ-Strahlen, die aber vielleicht auch als sekundäre β-Strahlen eine wichtige Wirkung entfalten. Die Lipoide des Zellleibs werden angegriffen und ausserdem wird die Fermentwirkung ausgelöst. Diskussion: Döderlein: Um richtige Er-

folge auch bei Karzinom zu erzielen, muss man mit grossen Mengen Mesothorium arbeiten, mindestens 200 mg. Die Erfolge bei nicht zu vorgeschrittenen Uteruskarzinomen sind so schön, dass Döderlein es für ein Unrecht halten würde, noch eine Karzinomoperation zu machen. Die Karzinomzelle wird aufgelöst.)

108 Loewenthal, S., Zur Strahlentherapie der Geschwülste. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 33. p. 1519—1525. (Alle biologisch wirksamen Strahlenarten wirken am gleichen Angriffspunkt in gleichem Sinne (Wärme- und Ionenbildung, was rein chemisch einem Oxydations- oder Reduktionsvorgang gleichkommt). Sie unterscheiden sich nur durch ihr Durchdringungsvermögen, das den Ort ihrer maximalen Absorption und damit die spezifische Wirkung auf bestimmte Gewebsschichten bestimmt. Die Absorption der Strahlen wird im wesentlichen bedingt durch den Gehalt der Gewebszellen an Elementen mit hohem Atomgewicht (z. B. eisenhaltige Nukleoproteide, Hämoglobin). Die elektive Empfindlichkeit normaler und pathologischer Gewebe hängt mit ihrem Absorptionsvermögen für Strahlung zusammen und die — elektrometrisch gemessene — Absorption der Strahlenenergie ist für alle Strahlenqualitäten proportional der biologischen Wirkung. Für die Praxis ergibt sich hieraus, dass man für die Tiefenbestrahlung alle Strahlengattungen benutzen kann, soweit sie ihrer Natur nach keine schweren Schädigungen der gesunden Gewebe verursachen. Bei Krebsbestrahlungen empfiehlt es sich, möglichst lange täglich zu bestrahlen, damit die Hemmungswirkung rein zur Geltung kommt, und zwar mit den härtesten Strahlen. Die Frage nach der Zweckmässigkeit der Sensibilisierung von Tumoren durch Metalle ist noch nicht spruchreif.)

109. — Erwiderung von B. Keetman, Zur Strahlentherapie der Geschwülste. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 39. p. 1806—1808. (Ausschliesslich technische Bemerkungen.) Entgegnung von Loewenthal: Berl. klin. Wochenschr. Nr. 48. p. 2260.

110. Meidner, S., Weitgehende Beeinflussung eines Portiokarzinoms durch Mesothorbestrahlung. Therapie d. Gegenw. Mai. Heft 4. p. 149—152. (Der Fall betraf eine 74jährige Frau mit inoperablem Portiokarzinom, das äusserst günstig beeinflusst wurde. Allerdings war nur eine klinische, nicht eine histologische Diagnose gestellt worden.)

111. — Die Radiumbehandlung des Uteruskarzinoms. IV. Intern. Kongr. f. Physiotherap. (26.—30. März) in Berlin. Ref. Zeitschr. f. physik. u. diär. Therapie. Heft 7. p. 430. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 17. p. 603. (In 50 Fällen von Uteruskarzinom wurde von der Radiumbehandlung kein Nutzen gesehen. Nur in einem Falle bei einer 74jährigen Frau wurde ein lokaler und Allgemeinerfolg erzielt. Meidner nimmt an, dass mit grösseren Dosen auch gegen bösartigere Karzinome mit Erfolg wird vorgegangen werden können.)

112. — Der gegenwärtige Stand der Mesothoriumtherapie gynäkologischer Karzinome. Therapie d. Gegenwart. Heft 9. p. 406—410 u. Heft 10. Sept. p. 458—461. (Verf. gibt eine zusammenfassende Übersicht über die in den Kliniken Krönigs, Bumms und Döderleins gemachten Erfahrungen mit der Radiotherapie. Der radikale Standpunkt, den Krönig und Döderlein bezüglich Ablehnung der Operation einnehmen, ist nach Ansicht des Verf. vorerst noch nicht zu verallgemeinern.)

113. Müller, Ch., Physikalische und biologische Grundlagen der Strahlenwirkung radioaktiver Substanzen, besonders des Mesothoriums und der Ersatz derselben durch Röntgenstrahlen. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 44. p. 2448—2450. (Nicht die Gammastrahlen, sondern die beim Durchtreten durch die Metallkapsel erzeugten Sekundärstrahlen (β-Strahlen) sind das Wirksame bei der Mesothoriumstrahlung. Diese Sekundärstrahlung entsteht aber auch, wenn harte Röntgenstrahlen ein Metallfilter von hohem Atomgewicht passieren. Lässt man also harte, stark abfiltrierte Röntgenstrahlen auf ein derartiges, am Orte der gewollten Wirkung angebrachtes Metallfilter wirken, so wird dort dieselbe Sekundärstrahlung, wie bei Anbringung einer Mesothoriumkapsel entstehen. — Nachtrag: Münchn. med. Wochenschr. 1914. Nr. 3. p. 134.)

113a. — Die Röntgenstrahlenbehandlung der malignen Tumoren und ihre Kombination. Strahlentherapie. Bd. 3. Heft 1 p. 177—199. (Die Empfindlichkeit der Zellen ist nur abhängig von ihrem Gehalt an Lezithin: Je mehr Lezithin, desto grössere Empfindlichkeit. Durch den Zerfall des Lezithins entsteht Cholin, das als Zerstörer der Zellen aufzufassen ist. Durch Injektion von Cholin kann also dieselbe Wirkung erzielt werden, wie durch die Bestrahlung.)

114. — Die Krebsbehandlung. Münchn. Ver. f. ärztl. Fortbildungswesen. Sitzg. vom 2., 9. u. 16. Dez. J. F. Lehmanns Verlag, München (72 Seiten, Preis Mk. 1.80). 1914.

(Drei Vorträge: 1. Physik der strahlenden Energie, biologische Wirkungen. 2. Die Radiotherapie der malignen Tumoren. 3. Kombinatorische Behandlungsformen.)

115. Nagel, W., Röntgen- und Radiumbehandlung des Uteruskarzinoms. XVII. Intern. med. Kongr. in London (6.—12. August). Ref. The Brit. med. Journ. Nr. 2747. Aug. 23. p. 452. The Lancet. Nr. 4695. August 23. p. 560. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 37. p. 2082. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 38. p. 1863. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 38. p. 1787. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 45. p. 1876. (Vortragender warnt vor zu grossem Optimismus und behauptet, noch keine Heilungen gesehen zu haben. Die Blutungen hören allerdings auf, kommen aber wieder. Foveau de Cournelles (s. d.) hat unter seinen 100 Fällen keinen einzigen geheilt. Die Tumoren bleiben wie sie sind. Dieselben Resultate wie jetzt mit der Bestrahlung sind früher schon mit allerhand anderen Methoden erreicht. Er rät vorläufig noch abzuwarten und zuzusehen.)

116. Nahmmacher, F. W., Radium und Mesothorium in der Heilkunde. Ges. f. Natur- u. Heilk. zu Dresden. Sitzg. vom 1. Nov. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 52. p. 2921—2924. (Ausführliche Mitteilung der Technik. Gute und schnelle Erfolge, ohne erheblichen Radiumkater, wurden mit Dosen von 30—100 mg erzielt. Die Bestrahlung wird mit intravenöser und intratumoraler Chemotherapie und mit Injektionen von Thorium X und starken Radiumlösungen kombiniert. Operable Fälle werden operiert, jedoch wird nach der Operation prophylaktisch entweder diakutan oder in die offene Wunde bestrahlt. Diskussion: Schmorl betont die besonders elektive Wirkung des Radiums auf das Karzinomgewebe an der Hand eines histologischen Präparates. Fr. Haenel: Wenn auch elektive Wirkung vorhanden, so ist doch auch die Einwirkung auf das gesunde Gewebe eine recht starke. Jedenfalls ist die Radiumbehandlung eine lokale, keine allgemeine Behandlung.)

117. de Nobele, J., Le thorium et ses dérivés. Soc. belge de Physiothérapie. Séance du 25 Mai. Ref. La Presse méd. Nr. 55. p. 561. Als Original erschienen im Arch. d'électr. méd. Tome 21. Nr. 361. p. 9—16. (Physikalische Eigenschaften des Thoriums und seiner Derivate Thorium X und Mesothorium. Diskussion: Gunzburg und de Keyser. Thorium und seine Derivate sollen den Radiumsalzen gegenüber absolut keine Vorteile haben.)

117a. — Action des dérivés du thorium. Belgique méd. Tome 20. Nr. 43. p. 507—509. Nr. 44. p. 519—521. (Nicht speziell gynäkologisch.)

118. Opitz, E., Kombination der Strahlenbehandlung des Karzinoms mit Cholineinspritzung. Mittelrhein. Ges. f. Geb. u. Gyn. Sitzg. vom 16. Febr. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Erg.-Heft. p. 401. Als Original erschienen i. d. Strahlentherapie. Bd. 3. Heft 1. p. 251—259. (Es ist nötig, das Cholin auch wirklich mit Sicherheit an die zu bekämpfenden Zellen heranzubringen. Dazu steht die Verbindung des Cholins mit Jod oder ähnlichen Stoffen zur Verfügung. Es ist dies die ähnliche Wirkung wie bei innerlicher Verabreichung von Jodkali kombiniert mit Aufpulvern von Kalomel auf das Karzinom. Durch die Verbindung des Jodkali mit dem Kalomel zu Jodquecksilber entsteht eine sehr intensive Ätz- und Desinfektionswirkung auf das Karzinomgeschwür. Von der Kombination einer derartigen Behandlung mit chemischen Mitteln von innen heraus mit der Bestrahlung ist wahrscheinlich noch vieles zu erwarten. — In Giessen sind Karzinome auffallend selten. Am häufigsten scheinen sie in Württemberg zu sein.)

119. Pagenstecher, A., Über die praktische Identität von Radium und Röntgenstrahlen. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 46. p. 2562—2563. (Nachweis der Analogie überharter Röntgenstrahlen mit γ-Strahlen. — Tabelle. — Praktisch sind beide von gleicher Beschaffenheit; die geringere Intensität ersterer lässt sich unschwer durch mehrstündige Anwendungsdauer kompensieren. Eine gewisse Überlegenheit behalten die γ-Strahlen infolge ihres hohen Durchdringungsvermögens, an das selbst die härtesten Röntgenstrahlen nicht heranreichen, da man Geschwindigkeiten, wie sie die β-Strahlen des Radium C besitzen, einstweilen in der Röntgenröhre nicht erzeugen kann.)

120. Peham, H., Zur Radiumbehandlung in der Gynäkologie. 85. Versamml. deutsch. Naturf. u. Ärzte in Wien. Sitzg. vom 25. Sept. Als Original erschienen i. d. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 41. p. 1650—1651. (Erfahrung an 12 Fällen. Gute Erfolge, jedoch ist das Radium kein spezifisches Heilmittel gegen Karzinom und darf nicht an Stelle der Operation treten.)

121. Pichevin, R., Le radium et le cancer. La sem. gynéc. 1912. 2 Juillet. p. 201.

122. Pinch, A. E. H., A report of the work carried out at the London radium institute from August 14. 1911 to Dec. 31. 1912. The Brit. med. Journ. Nr. 2717. Jan. 25. p. 153—154. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 31. p. 1733. (Es wurden je vier inoperable Fälle von Gebärmutterkrebs und vier Rezidive nach abdominaler Totaloperation bestrahlt. Die erreichten Resultate übertreffen bisher bei weitem die Erfolge aller anderen Behandlungsmethoden. Die Blutung steht, die Absonderung verringert, das Geschwür verheilt und die Schmerzen schwinden. Das Wachstum kommt zum Stillstand und Infiltration und Induration der Umgebung bilden sich oft soweit zurück, dass inoperable Fälle operabel werden. Es wurde bestrahlt mit 50—100 mg, eingeführt im Zervikalkanal oder ins hintere Scheidengewölbe, mit 2 mm Blei- und 3 mm Gummifilterung, sowie auch von den Bauchdecken aus. Die Sitzungen sollen 30—60 Stunden dauern, verteilt über 5—10 Tage. Diese Serie soll in Intervallen von mindestens sechs Wochen wiederholt werden. Die Wirkung des Radiums ist aber nur lokal, Metastasen werden nicht verhütet und treten trotz lokaler Grössenabnahme des Tumors früher oder später ein. — Acht ausführliche Krankengeschichten.)

123. Pinkuss, A., Die Mesothoriumbehandlung des Krebses auf dem Gynäkologenkongress in Halle (14.—17. Mai). Deutsche med. Wochenschr. Nr. 21. p. 1007. (Übersichtsreferat.)

124. — Über die Erfolge der Mesothoriumbestrahlung bei Karzinom. Berl. med. Ges. Sitzg. vom 21 Mai. Als Original erschienen in Berl. klin. Wochenschr. Nr. 24. p. 1105 bis 1107. (Vortragender hat seit September 1911 im ganzen 22 Fälle behandelt, darunter acht Uterus- und Vaginalkarzinome bzw. Rezidiv nach vorangegangener Operation. Die Resultate waren sehr zufriedenstellend. Zahlreiche Krankengeschichten. Technik der Bestrahlung. Die Möglichkeit, ein beginnendes Uteruskarzinom allein durch die Bestrahlung zu heilen, ist gewiss nicht von der Hand zu weisen; dennoch ist die operative Entfernung mit nachfolgender prophylaktischer Bestrahlung der sicherste Weg. Vortragender legt weiter ein besonderes Gewicht auf die gleichzeitige Kombinierung der Bestrahlungstherapie mit anderen Massnahmen, welche Aussicht bieten, das Krebsleiden im Organismus selbst zu beeinflussen, wie vor allem intravenöse Injektionen von Thor-X und Atoxyl, innerliche Darreichung von Thor-X und Pankreatin.)

125. — Die Behandlung des Krebses mit Mesothorium und ihre Kombination mit anderen Verfahren. III. Intern. Konferenz f. Krebsforsch. (1.—5. August) in Brüssel. Als Original erschienen in Deutsche med. Wochenschr. Nr. 36. p. 1720—1722. Ref. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 41. p. 1670. (Die Therapie mit Röntgen-, Radium- oder Mesothoriumstrahlen vermag wohl örtlich bis zu einer gewissen Tiefe die Vernichtung des Krebses herbeizuführen, aber man soll sich davor hüten, in der ausschliesslichen Anwendung der Bestrahlungstherapie eine sichere Methode der radikalen Krebsbeseitigung zu erblicken. Die Technik seiner Anwendung ist durchaus noch nicht einwandfrei durchgebildet; auch ist es noch recht zweifelhaft, ob die Bestrahlung des ursprünglichen Krebsherdes auch die Entwickelung von Metastasen zu verhüten vermag. Auch die Kombination der Bestrahlung mit einer Injektions- und Trinkkur von Thorium-X, mit innerlicher Darreichung von Pankreatinpräparaten usw. wird einen sicheren Heilerfolg nicht verbürgen. Jeder noch operable und dem Messer ohne grössere Gefahr zugängliche primäre Karzinomherd soll operiert werden.)

126. — Resultate in der Krebsbehandlung mit Mesothorium. Arch. d'électr. méd. Tome 21. p. 113. (Bericht über 22 eigene Beobachtungen seit September 1911. In der gynäkologischen Therapie soll Mesothorium wirksamer sein wie Radium. Mit kleinen, öfters wiederholten und länger einwirkenden Dosen sind die gleichen Effekte zu erzielen wie mit Intensivdosen. Tiefliegende Krebsnester hat Pinkuss noch nie verschwinden sehen; an das Verschwinden grosser Krebsinfiltrate in den Parametrien glaubt er nicht. Die Totalexstirpation mit folgender prophylaktischer Bestrahlung bleibt das souveräne Heilmittel. Unter allen Umständen ist die Mesothoriumbehandlung mit intravenösen Injektionen von Thorium-X und Atoxyl, sowie mit interner Anwendung von Thorium-X und Pankreatin zu kombinieren. Bei weitgehender Anerkennung der Erfolge mit Mesothorium hält Pinkuss dieses für kein spezifisches Heilmittel.)

127. Riehl, G., Radium und Mesothoriumbehandlung maligner Geschwülste. K. k. Ges. d. Ärzte in Wien. Sitzg. vom 5. Juni. Ref. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 24. p. 1000. Wiener med. Wochenschr. Nr. 25. p. 1560. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 25. p. 1413. La sem. méd. Nr. 24. p. 288. (Riehl warnt davor, die mit Mesothorium gemachten

Erfahrungen ohne weiteres als auch für Radium gültig zu erklären. Nach seiner Ansicht lassen bei der Radiumbestrahlung die Gammastrahlen in den Geschwulstelementen korpuskuläre Sekundärstrahlen (Betastrahlen) entstehen, deren ausgeschleuderte Elektronen für die Karzinomzellen deletär, für das Stroma anregend wirken.)

128. Riehl, G., Karzinom und Radium. 85. Versamml. deutsch. Naturf. u. Ärzte in Wien. 25. Sept. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 44. p. 2481. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 45. p. 2230. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 46. p. 2163. Als Original erschienen i. d. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 41. p. 1645—1647. (Nicht gynäkologisch. Das Technische wird anderen Ortes, Kapitel 2: „Elektrizität usw." referiert.)

129. Rutherford, E., Radio-active substances and their radiations. Cambridge: University Press (706 Seiten. 131 Fig. Preis Mk. 15.—). Ref. The Brit. med. Journ. Nr. 2717. Jan. 25. p. 173.

130. Salzmann, Untersuchungen über den Ersatz radioaktiver Substanzen durch Röntgenstrahlen bei der Tiefentherapie. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 52. p. 2557—2558. (Technische Betrachtungen, welche an anderer Stelle: Kap. 2, „Elektrizität usw." referiert werden.)

130a. Saubermann, An address on the progress of radiumtherapy. Arch. of the Roentgen ray. Vol. 18. Nr. 3. p. 99—116.

131. Sawildarow, Mesothorium in der Behandlung des weiblichen Genitalkrebses. Wratsch. Gaz. Nr. 47. (H. Jentter.)

131a. Schaefer, E., Bestrahlungen mit Röntgenlicht und radioaktiven Substanzen in der Gynäkologie. Korrespondenzbl. d. allg. ärztl. Ver. von Thüringen. Jahrg. 42. Nr. 7. p. 389—396. (Bei Uteruskarzinomen ausgezeichnete Erfolge. Krebsmetastasen blieben jedoch unbeeinflusst. Vielleicht ist in Zukunft von der intravenösen Metallotherapie oder anderen als Ergänzung der Radiotherapie gutes zu erwarten.)

132. Schauta, F., Die bisherigen Erfahrungen der I. Frauenklinik mit Radium und Mesothorium bei Krebs. Wiener med. Wochenschr. Nr. 46. p. 2953—2956. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 49. p. 2427. (13 Fälle. Von Mesothorium wurden ausser Nekrose keine Einwirkung im Sinne des Verschwindens des Karzinoms beobachtet. Technik der Radiumbestrahlung. Bei allen Fällen verschwanden die greifbaren und sichtbaren Veränderungen karzinomatöser Natur. Auch das Mikroskop hat kein gewöhnliches Karzinomgefüge mehr ergeben, sondern überall Zellen im Zerfall, in Quellung, durcheinandergeworfen, aufgelöst. Ob diese Veränderungen gleichbedeutend sind mit Dauerheilung, lässt sich vorläufig absolut nicht sagen. Es wurden vielfach schwere Allgemeinwirkungen der Bestrahlung im Sinne mehr oder weniger schweren Ergriffenseins des Nervensystems, in Kopfschmerzen, Appetitlosigkeit, Magen-Darmschmerzen, Obstipation abwechselnd mit Diarrhoen, Schmerzen in der Blasengegend, Temperatursteigerungen beobachtet. Zweimal traten schwere Blutungen, einmal eine Blasenscheidenfistel, einmal eine Rektovaginalfistel ein. Fälle weit vorgeschrittener Art mit kompletter Infiltration der Septa gegen Blase oder Rektum soll man der Bestrahlung lieber nicht unterwerfen, auch ganz grosse Dosen, wie 100 mg und darüber nur in ganz seltenen Fällen benutzen. Operable Fälle sollen wie vorher nach der erweiterten vaginalen Methode operiert werden.)

133. — Radium und Mesothorium bei Carcinoma cervicis. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Heft 5. p. 503—516. (Inhalt im wesentlichen derselbe wie der der vorigen Arbeit (Nr. 132). Ausführliche Mitteilung der Krankengeschichten.)

134. Scherer, A., und B. Kelen, Über die kombinierte Behandlung des Uteruskrebses mit Röntgen- und Radiumstrahlen. (Siehe unter a) Röntgenstrahlen, Nr. 53.)

135. Schindler, O., Erfahrungen über Radium- und Mesothoriumtherapie maligner Tumoren. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 36. p. 1413—1420 u. Nr. 37. p. 1463—1469. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 40. p. 1955. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 40. p. 1877. (Technik und Biologie der Bestrahlung. Klinisch nur nicht-gynäkologische Fälle.)

136. Schlesinger, E., Über den gegenwärtigen Stand der Radiumtherapie bösartiger Geschwülste. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 47. p. 2289—2291. (Vorwiegend technisch und nicht-gynäkologisch. Verf. ist sehr pessimistisch. Mit Ausnahme ganz oberflächlicher Hautkankroide ist keine bösartige Neubildung, die noch irgend eine Aussicht einer radikalen Entfernung durch das Messer gibt, Gegenstand der Bestrahlungstherapie. Bestrahlung mit zunächst möglichst grossen Dosen unter möglichster Reduktion der Filterdicken und möglichster Vermeidung von Sekundärstrahlen. Verf.

konnte wiederholt Verkleinerung karzinomatöser Drüsen durch die Bestrahlung feststellen. Es gibt eine „Radiumfestigkeit" der Tumorzelle und Reizwirkung zu kleiner Dosen. Es gibt keine einzige Sarkomform, die nicht in günstiger Weise beeinflusst werden kann.)

137. Sellheim, H,. Strahlenbehandlung von Geschwülsten. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 1. p. 22—24. Nr. 2. p. 77—80. (Einführungsvortrag.)

138. Seuffert, E. v., Die Erfahrungen der Münchener Frauenklinik mit der Mesothorium- und Röntgenbehandlung der Uteruskarzinome. IV. Intern. Kongr. f. Physiother. (26.—30. März) in Berlin. Ref. Zeitschr. f. physikal. u. diätet. Therap. Heft 7. p. 430. Strahlentherapie. Bd. 2. Heft 2. p. 729—732. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 17. p. 950. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 17. p. 602. (Bei Kombination von sehr hohen Röntgendosen (1500 X) und Radium wurden ausgezeichnete Erfolge erzielt. Die Karzinomzellen lösen sich auf, an ihre Stelle tritt hyalines und Bindegewebe. Besonders interessant war der Befund, dass trotz der riesigen Dosen die Cervixdrüsen nicht beeinflusst waren. Besondere Erscheinungen sind ein diphtherieähnlicher Belag, der wohl durch die Betastrahlen hervorgerufen wird, und hohes, einen Tag dauerndes Fieber, dem sofort wieder völliges Wohlbefinden folgt. Es ist ein in die Tiefe wirkendes Agens gegeben, das inoperable Fälle operabel macht. Ob es durch Verbesserung der Technik oder Anwendung grösserer Dosen gelingen wird, Karzinome zu heilen, das sind Fragen, an denen jetzt gearbeitet werden muss.)

139. Siedentopf, F. H., Röntgen- und Mesothoriumbehandlung in der Gynäkologie. Med. Ges. zu Magdeburg. Sitzg. vom 23. Okt. Ref. Münchn. med. Wochenschr. 1914. Nr. 1. p. 46—47. (Ausführliche Mitteilung der Technik und der mit der kombinierten Röntgen-Mesothoriumbestrahlung erreichten Resultate. Von 14 Myomen wurden 13 geheilt, so dass Amenorrhoe eintrat, ein Myom operiert. Resultate im allgemeinen sehr günstig. Bei den bestrahlten Karzinomen war der Erfolg sehr gering. Wiederholt wurden Reizungen des Darmes beobachtet. — Diskussion: Habs.)

140. Sigwart, W., Über die Rückbildung der Blasenveränderungen bei bestrahlten Kollumkarzinomen. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 45. p. 1645—1648. (Mitteilung eines Falles von inoperablem Uteruskarzinom, wo nach Behandlung mit Röntgenstrahlen un dMesothorium ein schweres bullöses Ödem, das den ganzen Blasenboden einnahm, unter der Strahlenwirkung völlig zum Verschwinden gebracht wurde. Ein daneben bestehendes zwei faustgrosses Myom verschwand ebenfalls. Die kolbige karzinomatöse Portio nahm normale Formen an; der Fall war jetzt operabel geworden. Der Rückgang des bullösen Blasenödems beweist den Rückgang des Karzinoms.)

141. — und P. Händly, Das Mesothorium in der Gynäkologie. Med. Klinik. Bd. 9. p. 1322 bis 1326. (Übersicht. Nichts Neues.)

142. Simonson, S., Die schmerzstillende Wirkung der Röntgen- und Radiumstrahlen. Diss. Heidelberg. März. (Siehe „Strahlentherapie der Myome" a) Röntgenstrahlen, Nr. 164.)

143. Steinitz, K., Radioaktive Substanzen und Mesothoriumtherapie. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Nr. 14. p. 424—429. (Übersichtsreferat über Entstehung und jetzigen Stand.)

144. Sticker, A., Radium- und Mesothoriumbestrahlung. Ihre theoretischen Grundlagen und ihre praktische Anwendung in der Heilkunde. Strahlentherapie Bd. 3. Heft 1. p. 1—63. (Umfassende Arbeit über den heutigen Stand der Wissenschaft, die physikalischen Eigenschaften und die biologischen Wirkungen der radioaktiven Substanzen. Die biologische Wirkung der Radium- und Mesothoriumpräparate ist nicht gleichwertig. Bei Oberflächenbestrahlung wirken die Mesothoriumpräparate rein exsudativ, die Radiumstrahlen nekrotisierend, für die Tiefenwirkung sind die Radiumstrahlen vorzuziehen. Nur Mengen von 500 mg aufwärts können in der Tiefentherapie Erspriessliches leisten. Die Intensität der Bestrahlung soll nur solange gesteigert werden, als keine üblen Nebenerscheinungen, insbesondere Resorptionsfieber und Albumen, sich geltend machen. Technik.)

145. Strassmann, P., Erfolge der Radiumbestrahlung bei Uteruskarzinomen. Berl. med. Ges. Sitzg. vom 17. Dez. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 52. p. 2921. (Strassmann führt das Radium wie ein Pessar ein; hierdurch werden die Strahlen nach unten total abgefangen. In den drei Fällen, die er demonstriert, ist das Karzinom sogut wie völlig verschwunden. Bei ihm haben die Radiumstrahlen viel bessere Resultate gegeben als die Röntgenbehandlung.)

146. Tate, W., Radium treatment of the carcinoma uteri. XVII. Intern. med. Kongr. in London (6.—12. August). Ref. The Brit. med. Journ. Nr. 2747. August 23. p. 452.

The Lancet. Nr. 4695. August 23. p. 560. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 37. p. 2082. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 38. p. 1863. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 38. p. 1787. (Vortragender warnt vor allzu grossem Optimismus. Er hat noch keine postoperativen Rezidive unter der Behandlung verschwinden sehen. Noch weniger soll man noch operable Fälle mit der Bestrahlung angeben. Die Bestrahlungstherapie steht noch im Versuchsstadium.)

147. Tauffer, V., A radium a rákgyógyitás kolgálatábam. Orvosképzés. Nr. 8—10. (Wenn wir auch noch nicht berechtigt sind, über Dauerheilungen nach der Radiumbehandlung des Gebärmutterkrebses zu sprechen, so sind die Erfolge betreffs Linderung der qualvollen Symptome derart augenfällig, dass Tauffer diese Behandlung schon deshalb mit Freude begrüsst.) (Temesváry.)

148. — A méhrák radiummal való gyógyótásának kisérleteiröl bemutatásokkal. Orvosogyesületi Ertesitö. Nr. 21. (Abhandlung über die Gefahren der Radiumbehandlung des Uteruskarzinoms und über die symptomatischen und, wie es scheint, auch definitiven Heilerfolge derselben.) (Temesváry.)

148a. — Über Heilungsversuche mit Radium bei Gebärmutterbrebs. Sitzungsber. des Budapester kgl. Ärztevereins Jahrg. 2. Nr. 21. p. 431—432. (Ungarisch.) (Wenn sich unsere Hoffnungen betreffs der heilenden Wirkung des Radiums auch nicht erfüllen, so besitzen wir in ihm doch ein Mittel, das den Kranken wenigstens von den Qualen befreit und ihm sein Sterben erleichtert.)

149. Turner, D., Radium treatment. Edinb. med.-chir. Soc. Meeting of May 21. Ref. The Brit. med. Journ. May 31. p. 1162. (Kasuistisch; zwei Fälle.)

150. Veit, J., Grundsätze unserer Behandlung des Uteruskrebses. Freie Vereinig. mitteldeutsch. Gyn. Sitzg. vom 25. Okt. Als Original erschienen i. d. Prakt. Ergebn. d. Geb. u. Gyn. 1914. Jahrg. 6. Heft 1. p. 148—162. (Ungeeignet zur Bestrahlung sind Fälle, bei denen der Gesamtorganismus in Mitleidenschaft gezogen ist und ausgesprochene Kachexie besteht. Es scheint möglich zu sein, durch die Bestrahlung des primären Herdes die erste Etappe der Lymphdrüsen noch zurückzubilden. Die Operation des Uteruskrebses ist jetzt jedenfalls zu beschränken auf die nach jeder Richtung hin günstigen Fälle. Aber selbst diese scheinen durch die Bestrahlung mit genügendem Material in etwa gleicher Zeit wie durch die Operation geheilt werden zu können. Fünfjährige Dauererfolge liegen in Deutschland noch nicht vor.)

151. Voigts, H., Mesothorium als Röntgenstrahlenersatz. XV. Versamml. d. deutsch. Ges. f. Gyn. (Halle a. S.). Sitzg. vom 16. Mai. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 24. p. 1183. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 27. p. 1281. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 24. p. 897. Als Original erschienen in Münchn. med. Wochenschr. Nr. 22. p. 1188—1191. (Referat cf. Nr. 152.)

152. — Mesothorium als Röntgenstrahlenersatz in der Gynäkologie. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 22. p. 1188—1191. Ref. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 26. p 1078. Ann. de gyn. et d'obst. Tome 10. Août. p. 492. (Entwickelung der Technik der Radiumbestrahlung in der Gynäkologie. Verf. hat Fälle von klimakterischer Blutung, Metritis. Menorrhagie und Blutungen infolge Adnexerkrankungen bestrahlt und hat gefunden. dass die Blutungen sehr bald aufhören und in kurzer Zeit Ausheilung der Entzündung und Amenorrhoe herbeizuführen ist. Über die Myombehandlung, der sich Verf. erst seit kurzer Zeit zugewandt hat, kann Voigts noch kein irgendwie abschliessendes Urteil abgeben. Es werden zwei Misserfolge, wohl infolge zu wenig intensiver Bestrahlung, mitgeteilt. Verf. nimmt an, dass der Angriffspunkt der Strahlen allein in den Ovarien zu suchen ist. Das einfache Instrumentarium, die für Arzt und Patienten bequeme Applikation und die Möglichkeit, die Strahlenquelle nahe an den Krankheitsherd heranzubringen, macht das Mesothorium bei Behandlung der obenerwähnten Erkrankungen der Röntgenbestrahlung mindestens gleichwertig. Die Wirkung tritt bei dem Mesothorium erheblich schneller ein wie bei der Röntgenbestrahlung.)

153. Wanner, R., und O. Teutschländer, Das Mesothorium und seine Wirkung auf bösartige Neubildungen. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Heft 3. Sept. p. 296—305 (5 mikrosk. und 2 makrosk. Bilder auf 2 bunten Tafeln). Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 41. p. 1919. La sem. méd. 1914. Nr. 13. p. 149—150. (Eine gut faustgrosse Kontinuitätsmetastase eines primären Tubenkarzinoms im Septum recto-vaginale wurde nach Exstirpation der Tube mit Mesothorium behandelt und der Verlauf der Rückbildung durch mehrfache Probeentnahme mikroskopisch kontrolliert. Der Tumor verschwand soweit, dass Verf. von einer lokalen, direkten Heilung sprechen zu können

glaubt. Beschreibung der mikroskopischen Präparate, sowie zweier weiterer, während der Drucklegung bestrahlter Fälle.)

154. Wätjen, Einwirkung der Röntgen- und Radiumstrahlen auf inoperable, bösartige Tumoren und ihre Metastasen. Freiburger med. Ges. Sitzg. vom 18. Nov. Ref Deutsche med. Wochenschr. 1914. Nr. 1. p. 54—56. (Nicht gynäkologische Fälle. — Diskussion: Küpferle, Aschoff, Oberst, Bulius, Roos, Schlimpert.)

155. Weckowski, C., Radiumbestrahlung maligner Geschwülste. Med. Sekt. d. Schles. Ges. f. vaterl. Kultur. Sitzg. vom 7. Nov. Ref. Deutsche med. Wochenschr. 1914. Nr. 4. p. 203. Als Original erschienen in Berl. klin. Wochenschr. 1914. Nr. 2. p. 54—56. (Schilderung der Technik, Dosierung und der teilweise recht befriedigenden Erfolge. Die Diskussion bewegt sich auf ausschliesslich chirurgischem Gebiete. Heimann, cf. Nr. 69).

156. Weinbrenner, K., Mesothorium in der Behandlung weiblicher Genitalerkrankungen. Med. Ges. zu Magdeburg. Sitzg. vom 9. Okt. Ref. Münchn. med. Wochenschr. 1914. Nr. 1. p. 45. (Eine „elektive Wirkung" der γ-Strahlen auf die Karzinomzellen im Sinne Krönigs gibt es nicht. Auch die reinen γ-Strahlen können das gesunde Gewebe verwunden, nur zeigen die verschiedenen Zellen eine verschiedene Sensibilität den Strahlen gegenüber. Die Schädigung der Haut tritt oft erst nach mehreren Wochen ein. Die Wirkung auf das Karzinom ist um so geringer, je tiefer das Karzinom liegt. Nebenerscheinungen, Brennen im Leibe, schlechtes Allgemeinbefinden und Temperatursteigerungen treten fast immer auf. Die Blutung stand schon nach der ersten Bestrahlung dauernd. Das oberflächliche Karzinom stösst sich nicht nekrotisch ab, sondern verschwindet durch Resorption des Krebsparenchyms. — Ausführliche Beschreibung der histologischen Befunde an bestrahlten Karzinomen. Vortragender ist der Ansicht, dass für den Schwund des Parenchyms bis zu einem gewissen Grade auch die durch Gefässveränderungen bedingte plötzliche Ernährungsstörung in Frage kommt.)

157. Weishaupt, E., Über eosinophile Leukozyten in entzündlichen Infiltraten, besonders der mit und ohne Strahlenbehandlung vorbehandelten Uteruskarzinome. Arch. f. Gyn. Bd. 101. Heft 2. p. 489—500.

158. Werner, R., Der derzeitige Stand der Radiotherapie der Geschwülste. IV. Intern. Kongr. f. Physiotherapie (26.—30. März) in Berlin. Ref. Zeitschr. f. physikal. u. diät. Therapie. Heft 7. p. 429. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 17. p. 950. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 17. p. 601. Ann. de gyn. et d'obst. Tome 10. Août. p. 487. Strahlentherapie. Bd. 2. Heft 2. p. 614—622. (Die Erfolge sind durch die Sensibilisierung des Tumors und Desensibilisierung der Haut allmählich besser geworden. Die mangelnden Erfolge lassen sich durch die grosse Differenz der Radiosensibilität zwischen den einzelnen Tumorarten, ja den verschiedenen Teilen desselben Tumors erklären; auch die Sensibilität des umgebenden Gewebes spielt eine grosse Rolle. Das Radium ist den Röntgenstrahlen in mancher Hinsicht überlegen: es lässt sich im Innern anwenden (in den natürlichen und künstlichen Höhlen), man kann emulgierte oder gelöste radioaktive Substanzen in die Geschwülste einspritzen und Injektionen in die Blutbahn machen. Zur Unterstützung der Strahlenwirkung sind Cholineinspritzungen von grossem Nutzen. Durch Kombination aller Methoden, wobei mit jeder Substanz für sich fast bis an das Maximum heranzugehen ist, muss man die ungünstige biologische Reaktion wettzumachen suchen. Dauerresultate lassen sich noch nicht geben. Von 171 inoperablen Tumoren oder Rezidiven, die durch reine Röntgentherapie nicht nennenswert beeinflusst waren, wurden 12% wesentlich gebessert und 16% deutlich verkleinert, während 72% sich refraktär verhielten.)

159. — Über Behandlung der Geschwülste mit radioaktiven Substanzen. 60. Versamml. mittelrhein. Ärzte zu Bad Kreuznach am 18. Mai. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 24. p. 1350. (Allgemein gehaltener Vortrag über die Technik und die Indikationen der Behandlung. Auf Genitalbehandlung wird nicht weiter eingegangen.)

160. — Nichtoperative Krebsbehandlung. Bad. Landeskomitee f. Krebsforsch. Sitzg. vom 30. Juni zu Heidelberg. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 32. p. 1797. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 34. p. 1380. Wiener med. Wochenschr. Nr. 43. p. 2802. (Nach Untersuchungen, die Werner bereits in den Jahren 1905 und 1906 angestellt hat, wirken die γ-Strahlen auf die tieferen Gewebe hauptsächlich auf dem Umwege einer Schädigung des Gefässendothels und nur ganz besonders radiosensible, resp. künstliche sensibilisierte Gewebe werden direkt angegriffen. Dies erklärt wohl die elektive Wirkung hochfiltrierter intensiver Mesothorbestrahlungen. Die Möglichkeit der Fernwirkung wird von vielen Radiologen bestritten. Er selbst hat von jeher den Stand-

punkt vertreten, dass chemische Fernwirkungen auf dem Blutwege vorkommen, wahrscheinlich in erster Linie durch Freiwerden von Cholin.)

161. Werner, R., Die Erfahrungen mit den chemisch-physikalischen Behandlungsmethoden des Krebses im Samariterhause. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 38. p. 2100—2105. Ref. The Brit. med. Journ. Nr. 2763. Dec. 13. p. 1553. (Kurze Übersicht der biologischen und serologischen Behandlungsmethoden, sowie der Toxin- und Fermenttherapie, die alle kein eindeutiges Resultat ergeben. Auch die verschiedenen elektrotherapeutischen Methoden entsprechen nicht den Anforderungen. Weit bedeutungsvoller sind die radiotherapeutischen Verfahren besonders in Kombination mit der Chemotherapie. Es gelingt, den Effekt mässiger Strahlendosen durch intravenöse Enzytolinjektionen (Technik und Dosierung!) zu ersetzen und dort, wo grosse Strahlenmengen nötig sind, deren Wirkung durch gleichzeitige Einspritzung zu vermehren, resp. die für den Erfolg erforderlichen Dosen herabzusetzen. Verf. konnte sich bei der alleinigen Strahlenbehandlung nicht davon überzeugen, dass die intensiven, stark gefilterten Strahlen stets zur Resorption unter Ersatz durch Narbengewebe führen. Es ist vielmehr in einer ganzen Anzahl von Fällen zu einer Erweichung der Tumoren bis zur Aushöhlung und Zystenbildung gekommen, die zu Blutungen oder zur Perforation in lebenswichtige oder infektionsgefährliche Organe nach der Einschmelzung des Tumorgewebes und dadurch zum Untergang statt zur Heilung der Kranken führt. Die Art der Reaktion des Tumors ist eben nicht allein durch die Qualität der Strahlen, sondern auch (und vielleicht noch mehr) durch die biologische Beschaffenheit des Geschwulstgewebes bedingt. Daran scheiterten bisher alle Bemühungen, die Strahlenbehandlung zu einer universellen Krebstherapie auszubauen. — Das Cholin ist ein Spaltprodukt des Lezithins; als Base ist es instabil und geht leicht in Neurin über, das als schweres Gift nur in verschwindend kleinen Dosen vertragen wird. Dagegen haben die Cholinsalze, an erster Stelle das borsaure Salz (Enzytol der Vereinigten chemischen Werke in Charlottenburg) die Wirkung der Base ohne deren Zersetzlichkeit. — Von den intravenösen Thor.-X-Injektionen ist Werner in jüngster Zeit wegen der Nebenwirkungen und entsprechend den Verbesserungen der chemischen Sensibilisierung immer mehr abgekommen. — Krankengeschichten mit gutem Erfolg behandelter Fälle. Verf. will aber noch keineswegs von gesicherten Dauererfolgen reden. Oft kommt es nach Monaten zu schweren Rückfällen. Mitunter erweisen sich dann die Rezidive hartnäckiger als die Primärtumoren. Werner erklärt dies in der Weise, dass die Tumoren biologisch höchst verschiedenartige Zellen besitzen, von denen die resistentesten die Behandlung überdauern und den Rückfall verursachen. Die Rezidive sind dann resistenter als die ursprüngliche Geschwulst.)

162. — Die Radiotherapie der Geschwülste. Strahlentherapie. Bd. 2. Heft 5.

163. — und L. Ascher, Über die chemische Imitation der Strahlenwirkung und ihre Verwertbarkeit zur Unterstützung der Radiotherapie. Zeitschr. f. Strahlentherapie. 1912. Bd. 1. Heft 4. (Enzytol.)

164. Wertheim, E., Günstige Beeinflussung eines weichen Scheidenkrebses durch Radiumbestrahlung. K. k. Ges. d. Ärzte in Wien. Sitzg. vom 5. Juni. Ref. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 24. p. 1000. Wiener med. Wochenschr. Nr. 25. p. 1560. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 25. p. 1413. La sem. méd. Nr. 24. p. 288. (Hühnereigrosse, blumenkohlartig gestaltete Geschwulst im oberen Drittel der Vagina; das rechte Parametrium war infiltriert und verkürzt, der Muttermund nicht festzustellen. Der Radiumträger wurde in die Scheide eingelegt. Schon nach der dritten Applikation ein deutlicher Effekt, nach sieben Wochen völlige Einschmelzung der Geschwulst. Radikaloperation ohne Schwierigkeit. Der exstirpierte Uterus liess an der vorderen und an der hinteren Wand des Zervikalkanals noch zahlreiche, gut erhaltene Krebsnester konstatieren. Das Radium wirkt somit beim Uteruskarzinom in derselben Weise wie Mesothorium; es wurde genau dieselbe Vakuolenbildung in den Krebszellen, Kernfragmentierung, schliesslich Auflösung der nekrotisch gewordenen Zellmassen beobachtet. Ob die Krebsreste bei weiterer Radiumbehandlung beseitigt worden wären, muss künftige Beobachtung lehren. Diskussion: Latzko (cf. Nr. 97), Falta (cf. Nr. 41), Marschik, Schüller, Chiari, Exner (cf. Nr. 39), Adler (cf. Nr. 3). Wiener klin. Wochenschr. Nr. 26. p. 1090—1094. Wiener med. Wochenschr. Nr. 27. p. 1687. La sem. méd. Nr. 26. p. 311. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 27. p. 1524. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 35. p. 1637. Jungmann (bei Lupus), Paschkis (bei Prostatasarkom), Ranzi, L. Freund (cf. Nr. 49), Schnitzler, Riehl, Wiener klin.

Wochenschr. Nr. 27. p. 1139—1142. Wiener med. Wochenschr. Nr. 28. p. 1746. La sem. méd. Nr. 27. p. 324.)

165. Wertheim, E., Radiumbehandlung des Gebärmutterkrebses. 85. Versamml. deutsch. Naturf. u. Ärzte in Wien. 25. Sept Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 44. p. 2481. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 45. p. 2227. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 46. p. 2163. Strahlentherapie, Bd. 3. Heft 2. p. 437—444. Als Original erschienen i. d. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 41. p. 1648—1650. (Es wurden 19 Fälle, darunter neun operable und ein Grenzfall mit Radium behandelt und drei mit Mesothorium; die operablen Fälle deswegen, um sich bei der nachfolgenden Operation von dem Effekt der Behandlung überzeugen zu können. Bei den neun inoperablen Fällen war durch die Radiumbehandlung kein eklatanter Erfolg festgestellt, insbesondere waren die Fälle nicht durch die Behandlung operabel geworden. Von den operablen Fällen wurden einige zweifellos günstig beeinflusst: in einigen Fällen konnte kein Krebsgewebe in dem operierten Organ festgestellt werden. Bei anderen war der Einfluss gleich Null. Das gleiche ist über die Fälle, welche mit Mesothorium bestrahlt wurden, zu sagen. Vollständige Heilung ist nur dann zu erzielen, wenn es sich um oberflächlichen Krebs handelt. Wertheim wendet sich energisch gegen die Versuche, die operative Behandlung voreilig zu diskreditieren, die bisher die weitaus sicherste Behandlungsmethode darstellt und 50% Dauerheilungen ergibt.)

166. Westermaier, H., Radiumtherapie in der Gynäkologie. Diss. Freiburg i. Br. Mai. (Entwickelungsgeschichte der Radiumtherapie und Anwendungsgebiet mit jedesmaliger Angabe der darauf bezüglichen Behandlungsmethode.)

167. Wickham, L., Die Anwendung des Radiums in der Gynäkologie. Handb. d. Radiumbiologie und -Therapie, einschliesslich der anderen radioaktiven Elemente von Paul Lazarus. Wiesbaden, J. F. Bergmann. (Es standen Wickham zu seinen Versuchen 19 Zentigramm reines Radium zur Verfügung, deren Wert fast unschätzbar ist, aber wohl ca. 100000 Mk. betragen dürfte. Es gelang ihm, wie er durch Abbildungen erweist, innerhalb 16 Tagen bei nur 48stündiger Bestrahlung Karzinome günstig zu beeinflussen, und zwar betraf bezeichnenderweise die Änderung nicht sowohl das Bindegewebe, wenn dies auch in lebhaften Wucherungen begriffen war, sondern vorzugsweise die Karzinomzellen selbst, die eine Umbildung im Sinne deutlichen Zerfalls aufwiesen. Die zunächst inoperablen Uteruskarzinome wurden durch relativ kurzweilige Radiumbehandlung so verändert, dass der Uterus nachträglich mit Erfolg exstirpiert werden konnte.)

168. — Allgemeine histologische Veränderungen der Gewebe unter dem Einfluss der Strahlenwirkung. IV. Intern. Kongr. f. Physiotherapie zu Berlin (26.—30. März). Ref. Zeitschrift f. physikal. u. diät. Therapie. Heft 7. Juli. p. 426. La Presse méd. Nr. 28. p. 400. Als Original erschienen i. d. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 22. p. 1006—1008 u. Nr. 23. p. 1058—1062. Arch. d'électr. méd. Tome 21. Nr. 358. p. 433—447. Strahlentherapie. Bd. 3. Heft 1. p. 64—81. Ref. The Brit. med. Journ. Nr. 2754. Oct. 11. Ep. of curr. med. litt. p. 48. (Übersicht auf Grund eigener Untersuchungen und einer Auswahl der wichtigeren in der Literatur niedergelegten Tatsachen über die Einwirkung von Strahlen verschiedenster Art auf normales und pathologisches Gewebe. Die Unterschiede in der Wirkung der verschiedenen Strahlenarten sind rein quantitativ. Der histologischen Gleichartigkeit in der Wirkung verschiedenster Strahlen wird die in der Praxis sehr verschiedene technische Verwendbarkeit der einzelnen Bestrahlungsarten gegenübergestellt.)

169. — et P. Degrais, Le radium: son emploi dans le traitement du cancer, des angiomes, chéloides, tuberculoses locals et d'autres affections. Paris, J. B. Baillière et fils (Pp. 96. Preis: 1.50 Fr.) Englisch: Translated by A. and A. G. Bateman, London: Adlard and Son (Pp. 111. Preis: 2 Sh. 6 P.) Ref. The Lancet. Nr. 4708. Nov. 15. p. 1407.

170. — — und Slavik, Die Anwendung des Radiums zur Behandlung in schweren Fällen von Krebserkrankungen. Arch. f. physik. Med. u. med. Technik. Bd. 7. p. 100. Französisch: Ann. d'électrobiol. et de radiol. Tome 16. p. 37—39. (In gewissen Fällen weit vorgeschrittener Krebse ist es bei ausgiebiger Anwendung von Radium möglich, mit diesem einen palliativen Heilungseffekt derart zu erzielen, dass diese Fälle lange Zeit hindurch den Eindruck völliger Heilung haben und machen.)

Übersichtliche **Zusammenstellungen über Stand und Aussichten** der Radium- und Mesothoriumbestrahlungstherapie der Uteruskrebse, die zur Einführung und Orientierung in diesem Gebiete dienen können, sind von folgenden Autoren verfasst worden: Abbe (1),

Aikius and Harrison (4; Englisch), Bayet (6—8; Französisch und Deutsch), Beckmann (9; Russisch), de Courmelles (28; Französisch), Döderlein (33), Engelhorn (38), Gál und Flesch (52; Ungarisch), Gould (57; Englisch), Gunsett (59—60a; Französisch und Deutsch), Haendly (65), Herrmann (70), Hirsch (74), Klemperer und Meidner (81), Krinski (86), Meidner (112), Pichevin (121; Französisch), Pinkuss (123), Sellheim (137), Sigwart und Haendly (141), Steinitz (143), Sticker (144), Tauffer (148a; Ungarisch), Werner (159) u. a. Kleinere und grössere **Bücher** über die Radium- und Mesothoriumtherapie sind erschienen von Bayet (8; Französisch und Deutsch), Bickel (10), Chabachpaschew (23; Dissertation Freiburg i. Br.), Döderlein (32), Finzi (44; Englisch), Fürstenberg (51), Lazarus (100), Linnert (106; Halle a. S.), Ch. Müller (114), Rutherford (129; Englisch), Westenmaier (166; Dissertation Freiburg i. Br.) und Wickham (167).

In den meisten der obengenannten Arbeiten wird auch mehr oder weniger ausführlich auf die **Technik** der Bestrahlung eingegangen. Fast in jeder Publikation wird das eine oder andere Eigene in der Anwendung und Durchführung dieser Therapie berührt. Als besonders wichtig in dieser Beziehung seien hier nur die Veröffentlichungen von Döderlein (32 u. 37), Gauss (55), Hamm (66), Heimann (67), Jacobs (76), Keetman und Mayer (78), Klein (80), Krönig und Gauss (95), Lazarus (102), Loewenthal (108), Ch. Müller (114), Nahmmacher (116), Pinch (122), Riehl (128), Salzmann (130), Schindler (135), Schlesinger (136), Sticker (144), Voigts (152), Wanner und Teutschländer (153) und Werner (159) hervorgehoben.

Am meisten interessieren uns natürlich die **Erfolge**, welche die verschiedenen Kliniker mit dieser Therapie zu verzeichnen gehabt haben. Die Radium- resp. Mesothoriumbehandlung hat in diesem einen Jahre einen so plötzlichen und schnellen Aufschwung genommen. die Untersucher haben sich so beeilt, ihre vorläufigen (!) Resultate der Öffentlichkeit kundzugeben, dass es unmöglich ist, hier auch nur die wichtigsten kasuistischen Mitteilungen über auffallend günstig beeinflusste oder angeblich geheilte Fälle alle zu zitieren. Anknüpfend an die verschiedenen Kongress- und Vereinsberichte: Berlin (Mediz. Gesellsch., Mai-Sitzungen; cf. Bumm, 13), Halle (Gynäkologenkongress, Mai; cf. Döderlein, 33, Engelhorn 38 und Pinkus, 123), Wien (Ges. der Ärzte, Juniversammlungen; cf. Wertheim, 164), London (Kongress, August), Wien (Naturforscherversammlung, September), Berlin (Med. Ges., Dezembersitzungen; cf. Bumm, 16 und Lazarus, 102) kann man ohne Mühe eine ganz genaue „Biologie" (auch eine „Pathologie", aber kaum noch eine „Prognose") der gynäkologischen Krebsbehandlung mit strahlenden Substanzen in Deutschland zusammenstellen.

Aus dem Strom der Publikationen seien hier nur einzelne, und zwar diejenigen hervorgehoben, die über eine grössere Anzahl behandelter Fälle berichten und deswegen für die Statistik und zur Beurteilung des Wertes der Methode von Wichtigkeit sind.

Bumm (13 und 16) berichtet im ganzen über etwa 120 Fälle; seine Ausführungen gehören zu dem Interessantesten, was auf diesem Gebiete in diesem Jahre publiziert worden ist. Er hat mehrere Fälle nach der Bestrahlung operiert und an den Präparaten pathologisch-anatomisch und histologisch den Effekt der Bestrahlung feststellen können. Die Behandlung hat durchschnittlich acht Wochen gedauert. Besonders günstig sind die Plattenepithelkrebse beeinflusst worden. Eine anatomische Heilung wurde jedoch nicht erzielt; Zellgruppen, die 4—9 cm vom Primärtumor entfernt liegen, werden nur teilweise beeinflusst [die histologischen Einzelheiten wurden von Händly (61 bis 64) publiziert]. Der klinische Erfolg war dagegen immer ein recht guter. — Caan (21) hatte bei 139 Fällen in etwa 40% eine günstige Wirkung. Das Wort Heilung soll aber vorderhand möglichst vermieden werden, weil die Beobachtungsdauer eine viel zu kurze ist. Chéron et Rubens-Duval (26) konnten an mehr als 150, meist ungünstigen Fällen nicht nur palliativ, sondern auch kurativ günstige Resultate feststellen. In einigen Fällen liegt die Behandlung schon 2—4 Jahre zurück. Die Diagnose wurde immer histologisch gestellt. In der Diskussion bestätigen Siredey, Lejars und Petit-Dutaillis diese günstigen Erfolge und teilen eigene Erfahrungen mit. Courmelles (27) hat 100 inoperable Karzinome in monatlichen Wiederholungen mit Radium bestrahlt und ist über die Resultate sehr zufrieden. 70 haben deutliche Besserung gezeigt, die 1—4 Jahre währte. Die Strahlentherapie sei keine Panacee, sondern Hilfsmittel, das allerdings häufig allein wirksam sei. — Döderlein (37) hat bisher im ganzen 152 Fälle von Carcinoma uteri der Strahlentherapie unterzogen, d. h. wahllos alle Karzinomkranken, die in die Klinik aufgenommen wurden, darunter sehr gut operable. Die Erfahrungen sind die, dass sich Döderlein nicht mehr für berechtigt hält, die Frauen den Gefahren einer Operation auszusetzen. Seit 20. Februar 1913 hat er keine mehr operiert. Natürlich handelt es sich nur um primäre Erfolge; über Heilung lässt sich erst in fünf Jahren entscheiden. Eine Frau.

bei der die Behandlung anscheinend erfolglos geblieben war, stellte sich nach sechs Wochen als geheilt wieder vor. Diese Spätwirkung des Mesothoriums wurde schon öfters beobachtet. Zwischen der Wirkung des Radiums, Mesothoriums und der Röntgenstrahlen soll kein prinzipieller Unterschied bestehen. — Gauss (54) hat bisher von 30 Tumorkranken 10 geheilt. Der Erfolg der Bestrahlung trat meist innerhalb von 2—3 Wochen ein. Weiter wurden 14 Karzinombestrahlungen nach Operationen ausgeführt; auch bei diesen Fällen wurden keine Rezidive gesehen. Die Bestrahlung wurde unterbrochen, wenn die Kontrolle des Blutbildes eine Leukopenie von weniger als 3000 Leukozyten ergab. Dies war aber nur einmal der Fall. Es stellte sich heraus, dass im Verlauf der Bestrahlung die getroffenen Stellen des Tumors sich der einwirkenden Strahlenart anzupassen schienen und erst dann wieder eine nachhaltige Beeinflussung aufwiesen, wenn man durch Änderung des Filters sie wiederum erneut empfindlich treffen konnte. Die Einwirkung der Strahlen scheint nur lokal zu sein. G. Hirsch (73) hat 35 eigene Fälle der kombiniert chemischen, biologischen und serologischen Behandlung unterworfen. Die Erfolge waren um so besser, je höher die Dosen, die gegeben wurden. Die Wirkung ist eine lokale, spezifische, aber auf die einzelnen Krebsformen nicht immer gleich. Am günstigsten scheinen Zystenkarzinome mit papillärem Bau beeinflusst zu werden. Metastasen werden nicht zurückgebildet. J. Hirsch (cf. Lazarus (102 hat bei seinen 126 Tumorfällen stets einen Erfolg erzielt, in manchen Fällen möchte er von Heilung reden. Klein (80) verfügt über 25 mit Mesothorium günstig behandelte Fälle. Er wendet die kombinierte Strahlen- und Chemotherapie an. Mit kleineren Strahlenmengen sind ebenso gute Resultate zu erzielen, wie mit den grossen Döderleins. Operable Fälle sollen vorher operiert, nachher bestrahlt werden. Von dem Material Jacobs (76) wurden 24 Fälle von Cervixkarzinom sehr günstig beeinflusst; drei davon seit $2-3^1/_2$ Jahren. Das Resultat wird im Laufe von 2—3 Monaten klar. Karzinome der äusseren Genitalien lassen sich von der Bestrahlung weniger leicht beeinflussen. Kroemer (88) berichtet über befriedigende Ergebnisse an 32 zum Teil sehr schweren Fällen. Auch mit kleinen Dosen gelang es mehrmals, völlige Umwandlung von Tumorgewebe in krebsfreies Narbengewebe zu erzielen. Drüsenmetastasen blieben unbeeinflusst. Eine Schädigung der gesunden Gewebe ist in keinem Falle zur Beobachtung gekommen. Nebenerscheinungen nur Appetitmangel und infolgedessen Gewichtsverlust. Es gibt Patientinnen, welche eine Art Überempfindlichkeit gegen das Mesothorium aufweisen und die Kapsel gewöhnlich als „Feuerkugel" bezeichnen. Übrigens fühlen sich die Patienten nach der Strahlenbehandlung besser als nach der Operation. Krönig (92) konnte in London über 96 bestrahlte Fälle berichten. Davon sind 46 geheilt, d. h. es ist weder ein Tumor zu fühlen, noch mikroskopisch Karzinom festzustellen. 38 Fälle stehen noch in Behandlung. Dauerresultate mit genügend langer Beobachtungszeit liegen nicht vor; die längste Rezidivfreiheit beträgt etwas über $1^1/_2$ Jahre. Auch operable Karzinome, falls sie der Betastung und Beobachtung leicht zugänglich sind und bei denen die Entfernung von der strahlenden Substanz keine sehr grosse ist, sind der Strahlenbehandlung zu unterziehen. (Ausführliche Indikationsstellung zur Bestrahlung siehe Krönig und Gauss 96). Nur hohe Dosen können zum Ziele führen. Krönig behauptet, auch Fernwirkungen nach seinen intensiven Bestrahlungen gesehen zu haben. Es ist notwendig, die durch strahlende Energie geheilten Karzinome in regelmässigen Zeitabständen prophylaktisch weiter zu bestrahlen, und zwar auch nach dem völligen Verschwinden aller karzinomverdächtigen Symptome. — Von Pinch (122) wurden am Londoner Radiuminstitut vier inoperable Uteruskrebse und vier Rezidive nach abdominaler Totalexstirpation bestrahlt. Die erreichten Resultate übertreffen bisher bei weitem die Erfolge aller anderen Behandlungsmethoden. Die Wirkung des Radiums ist aber nur lokal; Metastasen werden nicht verhütet und treten trotz lokaler Grössenabnahme des Tumors früher oder später ein. Etwas pessimistischer gestimmt wie die meisten anderen Autoren sind Pinkuss und Schauta. Pinkuss (124) hat im ganzen 22 Fälle behandelt, darunter acht Uterus- und Vaginalkarzinome bzw. Rezidive nach vorangegangener Operation. Die Resultate waren gewiss sehr zufriedenstellend, jedoch hat er tiefliegende Krebsnester noch nie verschwinden sehen und an das Verschwinden grosser Krebsinfiltrate in den Parametrien glaubt er nicht. Bei weitgehender Anerkennung der Erfolge hält er das Mesothorium für kein spezifisches Heilmittel. Die souveräne Behandlung des Uteruskrebses bleibt die Totalexstirpation mit folgender prophylaktischer Bestrahlung. In der gynäkologischen Therapie scheint das Mesothorium wirksamer zu sein wie Radium. Mit kleinen, öfters wiederholten und länger einwirkenden Dosen sind die gleichen Effekte zu erzielen wie mit Intensivdosen. Die Bestrahlungstherapie soll unter allen Umständen kombiniert werden mit anderweitigen Massnahmen, welche Aussicht bieten, das Krebsleiden im Organismus selbst zu beeinflussen, wie vor allem intravenöse Injektionen von Thor-X und Atoxyl, innerliche Darreichung von

Thor-X und Pankreatin. Schauta (132) hat von Mesothorium ausser Nekrose keine Einwirkung im Sinne des Verschwindens des Karzinoms beobachten können. Durch Radiumbestrahlung verschwanden in allen Fällen die greifbaren und sichtbaren Veränderungen: auch das Mikroskop ergab überall Zellen in Zerfall, in Quellung, durcheinandergeworfen, aufgelöst. Ob diese Veränderungen aber gleichbedeutend sind mit Dauerheilung, lässt sich vorläufig absolut nicht sagen. Es wurden vielfach schwere Allgemeinwirkungen und einige Male schwere Lokalschädigungen infolge der Bestrahlung festgestellt. Seine Erfahrungen gehen nur über 13 Fälle. Scherer und Kelen (134) dagegen haben schon 103 inoperable Karzinome bestrahlt. Davon heilten zwei anscheinend vollständig, 24 zeigten bedeutende Besserung. Bei 77 prophylaktischen Bestrahlungen nach der Operation glauben sie die Rezidivfreiheit um etwa 10,5% erhöht zu haben. Sie geben dem Radium den Vorzug über dem Mesothorium. Werner (158) hat von 171 inoperablen Tumoren oder Rezidiven 12% sich wesentlich bessern, 16% sich deutlich verkleinern sehen, während 72% sich refraktär verhielten. Die mangelnden Erfolge lassen sich durch die grosse Differenz der Radiosensibilität zwischen den einzelnen Tumorarten, ja den verschiedenen Teilen desselben Tumors erklären; auch die Sensibilität des umgebenden Gewebes spielt eine grosse Rolle. Daran scheiterten bisher alle Bemühungen, die Strahlenbehandlung zu einer universellen Krebstherapie auszubauen. Fernwirkung der Bestrahlung scheint ihm, auf chemischem Wege durch Freiwerden von Cholin, nicht unmöglich. Die Strahlentherapie ist durch Cholineinspritzungen zu unterstützen. Wertheim (165) hat absichtlich einige operable Fälle bestrahlt, um bei der nachfolgenden Operation das Resultat feststellen zu können. Er fand bei einigen wirklich von dem Karzinom nichts mehr, bei anderen war das Resultat gleich Null. Vollständige Heilung soll nur zu erzielen sein, wenn es sich um ganz oberflächliche Krebse handelt. Wertheim wendet sich energisch gegen die Versuche, die operative Behandlung, die 50% Dauerheilungen ergibt, voreilig zu diskreditieren. Seine Erfahrungen mit der Bestrahlungsbehandlung erstrecken sich jedoch nur auf 19 Fälle.

Etwas **weniger optimistisch** gestimmt sind u. a.: Fehling (43), der mehr als symptomatische Erfolge bis jetzt in seinen allerdings wenigen Fällen nicht gesehen hat; Hamm (66), dessen wenige in der Strassburger Frauenklinik bisher behandelten Fälle von Karzinom des Uterus und der Scheide stationär blieben oder nur geringe Besserung zeigten; Meidner (111), der in 50 Fällen von Uteruskarzinom von der Radiumbehandlung keinen Nutzen sah; Nagel (115), der behauptet, noch keine Heilungen gesehen zu haben; dieselben Resultate, wie jetzt mit der Bestrahlung, sollen früher schon mit allerhand anderen Mitteln erreicht worden sein; Schlesinger (136), der mit Ausnahme ganz oberflächlicher Hautkankroide keine bösartige Neubildung, die noch irgend eine Aussicht einer radikalen Entfernung durch das Messer gibt, der Bestrahlung unterwerfen will; Siedentopf (139), der bei Karzinom bisher nur noch sehr geringe Erfolge zu verzeichnen hatte, und Tate (146), der behauptet, noch keine postoperativen Rezidive unter der Behandlung verschwinden gesehen zu haben und den Nachdruck darauf legt, dass die Bestrahlungstherapie noch im Versuchsstadium stehe.)

Die von den verschiedenen Autoren beobachteten „guten Resultate" bestanden entweder in der Besserung der klinischen Erscheinungen (Aufhören der Blutung und Jauchung, Verheilung des Geschwürs, Schwinden der Schmerzen, Hebung des Allgemeinzustandes), in dem Operabelwerden früher inoperabler Fälle oder in der anatomisch nachweisbaren Heilung bzw. Verschwinden der Karzinomzellen aus dem histologischen Bilde der erkrankten Stellen.

Erstere Erfolge werden von allen Forschern einstimmig zugegeben.

Was das **Operabelwerden vorher inoperabler Fälle** betrifft, wurde dies von sehr vielen Beobachtern festgestellt, so u. a. von Allmann (5), Faure (42), Franz (45), Keitler (79), Knox (83), Kroemer (87; neun Kollumkrebse liessen sich im Laufe der Behandlung soweit verkleinern, dass siebenmal der Uterus durch Radikaloperation mit Anhängen und Lymphverbindungen entfernt werden konnte), Pinch (122), v. Seuffert (138) und Wickham (167). Vielleicht ist diese Wirkung nur scheinbar und beruht zum grössten Teil auf dem Verschwinden entzündlicher, nicht karzinomatöser Infiltrate in der Umgebung der Neubildung. Aber doch nicht ganz allein. Sigwart (140) beschreibt einen Fall von inoperablem Uteruskarzinom, in dem nach Behandlung mit Röntgenstrahlen und Mesothorium ein schweres bullöses Ödem, das den ganzen Blasenboden einnahm, unter der Strahlenwirkung völlig zum Verschwinden gekommen war. Ein daneben bestehendes zweifaustgrosses Myom verschwand ebenfalls. Die kolbige karzinomatöse Portio nahm normale Formen an; der Fall war jetzt operabel geworden. Der Rückgang des bullösen Blasenödems soll den Rückgang des Karzinoms beweisen. Nur Schauta (132) konnte bei seinen besonders darauf gerichteten neun Bestrahlungen inoperabler Fälle ein Operabelwerden **nicht feststellen.** — Die nach

der Bestrahlung zurückbleibende fibröse Verhärtung des Gewebes kann unter Umständen die Operation sehr erschweren.

Die **Sicherstellung der anatomischen Heilung** macht bei der lebenden Patientin solange nicht eine mindestens fünf Jahre währende Rezidivfreiheit vorliegt, natürlich grosse Schwierigkeiten. Wenn auch, wie in so vielen Fällen, durch Probeexzisionen kein Karzinom mehr nachgewiesen werden kann, so ist doch nicht ausgeschlossen, dass in der Tiefe oder im Parametrium noch lebensfähige Krebsherde zurückgeblieben sind. Döderlein (29) und Heynemann (72) teilen zum Beispiel Fälle mit, bei denen trotz mikroskopisch sichergestellter lokaler Heilung doch noch die Parametrien infiltriert blieben, von einer Heilung also nicht gesprochen werden konnte. Aschoff, Kroenig und Gauss (cf. a) „Röntgentherapie", 2), Bumm (13), Haendly (64), Körbl (84), Latzko (97) und Pinkuss (126) konnten sich in keinem einzigen der von ihnen nach beendeter Bestrahlung operierten Fälle, am daraufhin sorgfältigst untersuchten Präparate, von dem vollständigen Fehlen jeglicher karzinomverdächtigen Stellen mit Sicherheit überzeugen. Fälle von durch Untersuchung des Sektions- oder Operationspräparates (relativ!) sicher bewiesener anatomischer Heilung sind bisher nur von Adler (3), Cazin (22); Sektion 14 Monate nach der letzten Bestrahlung) Chéron et Rubens-Duval (24; Sektion 15 Monate nach der letzten Bestrahlung), Döderlein (37), Latzko (98) und Wertheim (165: nur Operationspräparate) veröffentlicht worden.

Brieger (11) will zur Sicherstellung des wahren Erfolges der angewandten (operativen oder) Strahlentherapie in jedem Falle die Bestimmung des Antifermentgehaltes des Blutes der Kranken anstellen.

Manche Untersucher konnten auch ein gewisses **refraktäres Verhalten** der Tumoren der Bestrahlung gegenüber feststellen [Latzko (98), Werner (158)]. Schlesinger (136) spricht von einer „Radiumfestigkeit" der Tumorzellen. Delbet (cf. Faure, 42) denkt sich eine Art Vakzination: nachdem das Wachstum der Geschwulst eine Zeitlang stillgestanden hat unter Einfluss der Strahlenwirkung, fängt nach einiger Zeit von neuem die Weiterwucherung an. Auch Gauss (53) meint, gesehen zu haben, dass im Verlauf der Bestrahlung die getroffenen Stellen des Tumors sich der einwirkenden Strahlenart anpassen und erst dann wieder eine nachhaltige Beeinflussung aufweisen, wenn man sie durch Änderung des Filters wiederum erneut empfindlich trifft. Andere Fälle sind gegen Röntgenstrahlen refraktär, reagieren aber gegen Radium und Mesothorium gut. Nach Werner (161) erweisen sich oft die Rezidive hartnäckiger als die Primärtumoren, was er in der Weise erklärt, dass die Tumoren biologisch höchst verschiedenartige Zellen besitzen, von denen die resistentesten die Behandlung überdauern und den Rückfall verursachen. Chéron et Rubens-Duval (26) glauben, dass sich vielleicht noch zeigen wird, dass gewisse Krebsformen von vornherein zur Radiumbehandlung indiziert sind, andere sich besser zur chirurgischen Entfernung eignen.

Döderlein (35) macht auf die **Spätwirkung** des Mesothoriums aufmerksam. Eine Patientin war wegen Uteruskarzinom vier Wochen lang in der Klinik erfolglos behandelt worden, weshalb sie nach Hause geschickt wurde. Sechs Wochen später stellte sie sich vollkommen geheilt wieder vor.

Über die **Fernwirkung** der Radium- und Mesothoriumbestrahlungen und über ihre **Wirkung auf Drüsenmetastasen** wird verschieden geurteilt. Während die einen, wie Aschoff, Krönig und Gauss (cf. a) „Röntgentherapie", 2), Bumm und Voigts (17), Delbet (cf. Faure, 42), Haendly (64), Hirsch (74), Kroemer (87), Latzko (98), Pinch (122), Pinkuss (125) u. a. sie für unwahrscheinlich halten, resp. an Operations- und Sektionspräparaten haben nachweisen können, dass Metastasen und mehr wie 4—5 cm in der Tiefe liegende Krebsherde von der Bestrahlung unbeeinflusst blieben, glauben andere, wie L. Freund (49), Henkel (cf. „Karzinome". Keysser, 176), Krönig (92), Schlesinger (136), Veit (150), Werner (160) u. a. mit Bestimmtheit Fernwirkung resp. Wirkung auf Metastasen erwarten zu dürfen, eventuell gesehen zu haben. Veit (150) konnte in den **Leistendrüsen** einer wegen eines Vulvakarzinoms bestrahlten Patientin von dem vorher mit Sicherheit nachgewiesenen Karzinom nach beendeter Bestrahlungsbehandlung keine Spur mehr wiederfinden. Latzko (98) dagegen beobachtete im Gegenteil, dass eine Leistendrüse bei einem Falle von Vulvakarzinom, das durch die Bestrahlung klinisch geheilt schien, nach ihrer operativen Entfernung in ihrem Innern vollständig unverändertes Karzinom zeigte. Man kann sich eine Fernwirkung in der Weise denken, dass im Primärtumor unter Einfluss der Bestrahlung gebildete oder in Freiheit gesetzte Stoffe im Blute aufgenommen werden und auf chemischem Wege die tiefer im Körper gelegenen Herde und Metastasen beeinflussen. Wir werden darauf unten noch zurückzukommen haben; es stützt sich auf diese Annahme die Chemotherapie der Krebse.

Wie wir oben schon erwähnten, hat Werner (161) darauf aufmerksam gemacht, dass oft Rezidive sich bedeutend widerstandsfähiger gegen die Bestrahlung verhalten, wie die Primärtumoren. Döderlein (32) und Tate (146) haben dieselbe Beobachtung gemacht, dass die **Wirkung der Bestrahlung auf Tumorrezidive** oft versagt. Demgegenüber hatten aber Abbe (1), Grünbaum (58), Latzko (97), Pinch (122) u. a. auch bei der Rezidivbestrahlung gute Erfolge zu verzeichnen: Abbe z. B. in einem Falle seit mehr wie acht Jahren. Grünbaum sah einen faustgrossen Rezidivtumor an der Beckenschaufel nach fünfwöchentlicher Bestrahlung restlos verschwinden. Die Rezidivknoten in der Scheidenschleimhaut in Latzkos Falle waren nach der Bestrahlung nicht mehr zu tasten.

Prophylaktische Bestrahlung nach der Operation zur Verhütung von Rezidiven wird von allen Autoren, ohne Ausnahme, empfohlen und angeblich angewandt. Von Gauss' 21 derartigen Fällen (cf. Lazarus, 102) sind jetzt 20 bis zu sechs Jahre rezidivfrei, gegenüber 50% der operativen Rezidivstatistik. Nahmmacher (116) bestrahlte sogar zum Schluss der Operation einmal mit einer grossen Dose in die offene Wunde; der Heilungsprozess soll dadurch in keiner Weise beeinträchtigt werden.

Die mit der Radium- resp. Mesothoriumbestrahlung verbundene Gefahr der **Schädigung** umliegender Organe und des Gesamtorganismus scheint geringer zu sein wie die früher bei der Röntgenbestrahlung beobachtete. Oder man sagt besser, man habe sie, von der Röntgentherapie belehrt, schon im voraus besser zu vermeiden verstanden. Schwere lokale Schädigungen sind nur im Anfang vorgekommen, als man mit der Indikationsstellung und Dosierung noch nicht recht Bescheid wusste. Dadurch, dass man zu weit vorgeschrittene Fälle mit zu grossen Dosen anging, wurden ganze Gewebspartien nekrotisch und kam es unausbleiblich zu Fistelbildung und Perforationen. Allmann (5; Rektovaginal- und Dünndarmfistel), Bumm (13; Blasenperforation; vollständige Nekrose eines ganzen Uterus), Schauta (132; Blasenscheiden- und Rektovaginalfistel) hatten leider solche traurige Erfahrungen zu verzeichnen. Man soll eben Fälle weit vorgeschrittener Art, mit kompletter Infiltration der Septa gegen Blase oder Rektum, der Bestrahlung nicht mehr unterwerfen. Davon sind jetzt sämtliche Kliniker zurückgekommen. Auch ganz grosse Dosen, wie 100 mg und darüber, sollen nur in ganz seltenen Fällen zur Anwendung kommen (siehe unten). Das Wichtigste ist, die Zeit der Einwirkung festzustellen, die für den Erfolg nötig ist, ohne dass Schaden entsteht. Das ist aber sehr schwer, da die individuelle Toleranz in sehr weiten Grenzen schwankt. Während einige Patienten die Anwendung längere Zeit hindurch vertragen, treten bei anderen schon nach 9—12 Stunden Nekrosen der Schleimhaut auf. Auch die Art der Reaktion des Tumors ist nicht allein durch die Quantität und Qualität der Strahlen, sondern (und vielleicht noch mehr) durch die biologische Beschaffenheit des Geschwulstgewebes bedingt. Daran scheiterten hauptsächlich bisher alle Bemühungen, die Strahlenbehandlung zu einer universellen Krebstherapie auszubauen [Werner (161)].

Schädigungen treten vielfach selbst noch nach Monaten, bis zu einem Jahre auf, wie Bumm (16), Lazarus (102), Schmidt (cf. Lazarus, 102), Weinbrenner (156) u. a. Gelegenheit hatten, festzustellen. Nach Lazarus (102) scheint sich die Leukämie zu einer Berufskrankheit der Radiologen zu entwickeln; es sind bisher sieben solche Fälle beobachtet. Gauss (53) kontrolliert während der Bestrahlung das Blutbild und stellt die Therapie ein, wenn sich eine Leukopenie von weniger als 3000 Leukozyten ergibt. Dies ist aber bisher nur einmal vorgekommen.

In anderen Fällen kam es durch Sklerosierung des neugebildeten Bindegewebes zu Sklerosen und Strikturen; Bumm (16) teilt Fälle davon mit. Auch zu tiefgreifenden Nekrosen [Bumm (13), Haendly (64), v. Seuffert (138)] oder zu oberflächlichen diphtherieähnlichen Belägen, besonders der Scheidenschleimhaut. Ein Hautulcus wurde von Allmann (5), atrophische Hautdegeneration, die noch spät zu Nekrosen führen kann, von H. E. Schmidt (cf. Lazarus, 102) beschrieben. Blutig-eitrige Sekretion aus dem Mastdarm sah Jung (77) in zwei Fällen. Auch Siedentopf (139) hat wiederholt Reizungen des Darmes durch die Bestrahlung feststellen können. Tenesmen scheinen vielfach vorzukommen.

Kroemer (87), Latzko (97) und Meidner (cf. Lazarus, 102) behaupten, Schädigungen von der Behandlung nie gesehen zu haben.

Allgemeine Störungen im Anschluss an die Bestrahlungsbehandlung kommen in Form von Ergriffensein des Nervensystems, Kopfschmerzen, Müdigkeitsgefühl, Appetitmangel und infolgedessen Gewichtsabnahme, Fieber, Albuminurie, Magen- und Darmschmerzen, Schmerzen in der Blasengegend, Obstipation, abwechselnd mit Durchfällen, Tenesmen usw. häufig vor und werden u. a. von Gauss (53), Hamm (66), Kroemer (89), Bickel (cf. Lazarus 102), Nahmmacher (116), Schauta (132), v. Seuffert (138),

Sticker (144), Weinbrenner (156) und Wertheim (165) verzeichnet. Rosenstein (cf. Lazarus 102) hat konstatieren können, dass einzelne Patientinnen sich trotz Verschwindens des Tumors im kachektischen Zustande befinden, was er auf die durch die Radiumwirkung eingeleiteten Resorptionsvorgänge zurückführt.

Wegen der soeben genannten, nicht unbeträchtlichen Gefahren wird von verschiedenen Seiten gegen die **Verwendung grosser Dosen** strahlender Energie energisch gewarnt. Bumm (16) und Schauta (132) benutzen nicht mehr wie 50—100 mg; starke Steigerung der Bestrahlungsdosen soll gefährlich sein. Klein (80) und Pinkuss (126) legen den Nachdruck darauf, dass, wie die Resultate beweisen, mit kleinen, öfters wiederholten und länger einwirkenden Strahlenmengen genau dieselben Erfolge zu erzielen sind wie mit Intensivdosen. Nach Kroemer (89) und Alexander (cf. Lazarus 102) gelingt es in geeigneten Fällen durch Benutzung kleiner Dosen (30—36 mg Aktivität) und Einschiebung von Ruhepausen das Vorkommen von Schädigungen fast vollkommen zu vermeiden und trotzdem Verwandlung von Tumorgewebe in krebsfreies Narbengewebe zu erzielen.

Das andere Äusserste birgt jedoch ebenfalls eine Gefahr in sich, indem sehr kleine Dosen statt einer schädlichen eine Reizwirkung auf die Neubildung ausüben und das Tumorwachstum demzufolge erheblich beschleunigen anstatt hemmen können. Ganz besonders ist dies der Fall, wenn die Tiefenwirkung nicht ausreicht. Nagelschmidt (cf. Lazarus 102) hält am gefährlichsten bei der Radiumtherapie die Reizwirkung, die durch Abschwächung der Strahlen im Gewebe gesetzt wird. Auf diese unerwünschte Eigenschaft der strahlenden Substanzen im allgemeinen ist von den meisten Forschern schon lange mit Nachdruck hingewiesen worden. Um diese Klippe zu umgehen, genügt es vielleicht, die ersten Strahlenapplikation zunächst kräftig zu gestalten. Es sind aber auch Kliniker, wie Chéron et Rubens-Duval (26), Caan (21), Döderlein (37), Gauss (55), Krönig (90), Pinkuss (cf. Lazarus, 102), Schlesinger (136), v. Seuffert (138), Sticker (144) u. a., die deswegen und aus anderen Gründen die ganze Behandlung energischer gestalten wollen: die Bestrahlung mit massiven Dosen sachgemäss gefilterter Strahlen (Krönig bis zu 800 mg) empfehlen. Nach L. Freund (49) kommt es bei der Behandlung grössere Tumoren nicht auf Bestrahlung des karzinomatösen Gewebes, sondern auf Durchstrahlung desselben und der Umgebung des Krankheitsherdes an. Auch die tieferen Schichten, die Ausläufer der Neubildung, karzinomatös infiltrierte Drüsen usw. sollen getroffen werden. Kleine Radiumquantitäten eignen sich deshalb nur zur Bestrahlung ganz oberflächlicher seichter Karzinome. Eine Steigerung der Fernwirkung kann nur durch Verwendung ausserordentlich kräftiger Strahlenquellen, also grosse Quantitäten vorzüglichen radioaktiven Materials, erzielt werden. Bei sachgemässer Anwendung sollen die Gefahren gering sein. Nach Hirsch (73) sind bei malignen Geschwülsten die Erfolge um so besser, je höher die Dosen gegeben werden. Nach Sticker (144) können nur Mengen von 50 mg aufwärts in der Tiefentherapie Erspriessliches leisten.

Die **histologischen Veränderungen, die im Tumorgewebe** unter Einfluss der Bestrahlung stattfinden, bzw. der Untergang der Krebsgeschwulst und ihr Ersatz durch neugebildetes Bindegewebe, sind natürlich von den verschiedensten Untersuchern aufs genaueste pathologisch-anatomisch und histologisch verfolgt worden. Einzelheiten darüber finden sich in jeder grösseren Arbeit. Hervorgehoben seien in dieser Beziehung nur die Publikationen von Adler (3), Chéron et Rubens-Duval (26), Döderlein (37), Haendly (61—65, der sämtliche von Bumm nach vorangegangener Bestrahlung exstirpierte karzinomatöse Uteri histologisch untersuchte), Lobenhoffer (107), Schauta (132), v. Seuffert (138), Weinbrenner (156), Werner (160), Wertheim (164) und Wickham (168). Sämtliche Befunde lassen sich zu folgendem Bild des Umwandlungsvorganges zusammenfassen. Nach einem etwa drei Wochen dauernden Reizstadium (Hyperämie; zahlreiche typische und noch mehr atypische Mitosen) beginnt die Rückbildung. Es zeigt sich zuerst Quellung und Vakuolisierung der Krebszelle, Verlangsamung und schliesslich Aufhören der Kernteilung, dann Zerfall der Kerne und des Protoplasmas und Auflösung der Zelle. Im Bindegewebe findet sich Neubildung und Vermehrung mit nachfolgender Sklerose und hyaline Degeneration der Fibrillen. Betrachtet man den Probeexzisionsschnitt mit einer weniger starken Vergrösserung, so findet man an der Oberfläche eine schmale Zone von nekrotischem Gewebe, darunter eine Schicht von Granulationsgewebe und untergehende Karzinomzellen. In der Tiefe und besonders an der Peripherie der Neubildung finden sich immer (?) noch Haufen gut erhaltener oder in Untergang begriffener Karzinomzellen. (Ob noch lebens- oder erholungsfähig oder dem Tode ergeben, lässt sich am mikroskopischen Präparat schwierig nachweisen!) Ersatz des zugrunde gegangenen Karzinomgewebes erfolgt ver-

einzelt durch schwächliche Granulationen, meist durch sklerotisches, hyalin degeneriertes Bindegewebe. Die glatte Muskulatur atrophiert und verschwindet fast völlig. Die Muskelfibrillen degenerieren zum Teil hyalin. Die Gefässe zeigen eine hyaline Degeneration der Adventitia und Media. Durch eine Wucherung der Intima kommt es zu einer Obliteration zahlreicher Gefässe. Manche Autoren legen gerade diesen Gefässveränderungen grosse Bedeutung bei. Weinbrenner (156) z. B. ist der Ansicht, dass für den Schwund des Parenchyms bis zu einem gewissen Grade auch die durch die Gefässveränderungen bedingte plötzliche Ernährungsstörung eine grosse Rolle spielt. Werner (160), der bereits früher diesbezügliche Untersuchungen anstellte, kommt zum Schluss, dass die γ-Strahlen auf die tieferen Gewebe hauptsächlich auf dem Umwege einer Schädigung des Gefässendothels wirken und nur ganz besonders stark radiosensible, resp. künstlich sensibilisierte Gewebe direkt angegriffen werden.

Über die **elektive Beeinflussung der Tumorzellen** durch Radium- resp. Mesothoriumstrahlen sind die Ansichten sehr geteilt. Latzko (97) glaubt sie mikroskopisch nachgewiesen zu haben und hält deswegen die Radium- resp. Mesothoriumwirkung für prinzipiell unterschieden von der der früher vielfach angewandten Ätz- und Kauterisationsmittel. Auch Schmorl (cf. Nahmmacher, 116) betont an der Hand eines histologischen Präparates die besonders elektive Wirkung des Radiums auf das Karzinomgewebe. Nach Bumm (16) besteht diese Meinung nicht zu Recht, wenn auch nicht zu verkennen ist, dass Karzinomzellen stärker beeinflusst werden als gesunde Zellen. Falk (40) hat versucht, die bei Mesothoriumbestrahlung von möglichst lebensfrischen Geweben, d. h. gleich nach der Operation, Haut, Ovarialgewebe, Karzinom, Myom u. a. absorbierten Strahlenmengen durch Messung des Voltabfalles festzustellen. Hierbei hat sich gezeigt, dass ein Unterschied in der Absorptionsfähigkeit nicht bestand. Ob nun das karzinomatöse Gewebe selbst durch die Bestrahlung leichter zerfällt, lässt sich so direkt nicht entscheiden. Bei der Bestrahlung von Warzen hat sich aber gezeigt, dass in derselben Ausdehnung, wie die Strahlen wirken, ebenso die Haut wie die Warze affiziert wird. Auch Körbl (84) glaubt nicht, dass das Radium durch elektives Verhalten gegenüber Krebszellen sich prinzipiell von jenen Mitteln unterscheidet, deren Wirksamkeit beim Krebs an den Tod des umgebenden Gewebes geknüpft ist. Unter den abgestorbenen befinden sich immer noch lebensfähige Krebskeime, besonders in der Tiefe. Ebenso hält Lazarus (102) das Geschwulstgewebe nur für labiler als anderes Gewebe, und auch nach Weinbrenner (156) soll es eine „elektive Wirkung" der γ-Strahlen auf die Karzinomzellen im Sinne Krönigs nicht geben. Auch die reinen γ-Strahlen können das gesunde Gewebe verwunden, nur zeigen die verschiedenen Zellen eine verschiedene Sensibilität den Strahlen gegenüber. Haendly (cf. Lazarus, 102) fand die elektive Wirkung der Strahlung auf die Keimzellen viel stärker als auf die Karzinomzellen.

Auch über die **biologische Wirkung** der Radium- und Mesothoriumstrahlen haben die verschiedenen Untersucher sehr verschiedene Meinung. Nach Lazarus (102) bildet der Zellkern das Attraktionszentrum für die Sekundärstrahlung, offenbar bedingt durch die Phosphorproteide. Dagegen besteht keine besondere Anziehung der inneren Organe für Radiumstrahlen. Ferner spielen Fermente eine Rolle, und das Radium wirkt wahrscheinlich wie ein Katalysator, der innere Gewebsvergiftung und durch Kernschädigung den Zelltod bewirkt. Auch nach Lobenhoffer (107) werden die Lipoide des Zellkernes angegriffen und wird ausserdem eine Fermentwirkung ausgelöst. Ebenso hält Latzko (98) den Zellkern für den wichtigsten Angriffspunkt der Radiumstrahlen. Hertwig (71) hat denselben Vorgang in pflanzlichen und tierischen Zellen beobachten können und erklärt auf diese Weise, dass Eier und Samenfäden, trotz ihres sehr ungleichen Gehaltes an Protoplasma, bei gleich intensiver Bestrahlung annähernd gleich stark verändert werden. Die früher aufgestellte Hypothese, dass das Lezithin in den Zellen zersetzt werde, soll daher nicht länger aufrecht zu erhalten sein. Nach Loewenthal (108) hängt die elektive Empfindlichkeit normaler und pathologischer Gewebe mit ihrem Absorptionsvermögen für Strahlung zusammen und letztere wird im wesentlichen bedingt durch den Gehalt der Gewebszellen an Elementen mit hohem Atomgewicht, z. B. eisenhaltige Nukleoproteide Hämoglobin. Nach der Ansicht von Riehl (127) lassen bei der Radiumbestrahlung die Gammastrahlen in den Geschwulstelementen korpuskuläre Sekundärstrahlen (Betastrahlen) entstehen, deren ausgeschleuderte Elektronen für die Karzinomzellen deletär, für das Stroma anregend wirken.

Ch. Müller (114) hat einen Vortrag über die **Physik der strahlenden Energie** und ihre biologische Wirkungen herausgegeben. Schindler (135) und Sticker (144) schrieben grössere, nicht speziell gynäkologische Arbeiten über die **Biologie der Bestrahlung.**

Über die **chemische Wirkung** der Röntgen- und Radiumstrahlen in bezug auf Karzinom haben Freund und Kaminer (47), sowie Werner und Ascher (163) u. a. geschrieben. Nach Falta (41) ist die chemische Wirkung all dieser Strahlungen qualitativ gleich, aber quantitativ umgekehrt proportional ihrer Penetrationskraft. Bei schwachen Dosen entsteht eine allgemeine Steigerung der Vitalität der Zellen, Steigerung der biochemischen Prozesse in denselben mit Überwiegen derjenigen, die endothermal zur Reduktion und Synthese führen. Bei starken Dosen tritt der hemmende Effekt auf die Synthese mit gleichzeitiger Steigerung der dissimilatorischen Prozesse in den Vordergrund. Für die Praxis ergibt sich hieraus, dass man für die Tiefenbestrahlung alle Strahlengattungen benutzen kann, so weit sie ihrer Natur nach keine schweren Schädigungen der gesunden Gewebe verursachen, auch wenn grosse Dosen der härtesten Strahlen in Anwendung kommen. Weiter, dass man möglichst lange täglich bestrahlen soll, damit die Hemmungswirkung rein zur Geltung kommt.

Das soeben Gesagte heisst mit anderen Worten, dass ein qualitativer **Unterschied in der klinischen Wirkung der Röntgen-, Radium- und Mesothoriumstrahlen** im wesentlichen nicht besteht. In gleicher Weise angewendet haben sie dieselbe Wirkung auf das Karzinom. Praktisch behalten nur die γ-Strahlen eine gewisse Überlegenheit infolge ihres hohen Durchdringungsvermögens, an das selbst die härtesten Röntgenstrahlen nicht heranreichen. Geschwindigkeiten, wie sie die β-Strahlen des Radium C besitzen, kann man, einstweilen wenigstens, in der Röntgenröhre nicht erzeugen. Die geringere Intensität der Röntgenstrahlen lässt sich unschwer durch mehrstündige Anwendungsdauer kompensieren [Pagenstecher (119)]. Nach Lazarus (101) ist die Penetrationskraft der γ-Strahlen etwa 40mal stärker als selbst jene der härtesten Röntgenstrahlen; ob sie vom Radium oder Mesothorium stammen, ist praktisch ungefähr gleich. Die klinischen Erfahrungen stimmen mit diesen theoretischen Überlegungen im grossen ganzen ziemlich überein. Döderlein (37), Latzko (97), Ledoux-Lebard (104), Lazarus (101), de Nobele (117) konnten keine wesentlichen Unterschiede feststellen. Dagegen hat Gauss (cf. Lazarus, 102) angeblich Fälle gesehen, die sich gegen Röntgenstrahlen refraktär verhielten, jedoch gut gegen Radium und Mesothorium reagierten. Dabei kann aber ebensogut ein verschiedenes individuelles Verhalten von seiten der Tumoren im Spiel sein. Schauta (132) konnte im allgemeinen von Mesothorium ausser Nekrosen keine Einwirkung im Sinne des Verschwindens des Karzinoms feststellen, während die Erfolge von Radiumbestrahlungen nicht zu verkennen waren. Auch Riehl (127) und Sticker (144) warnen davor, die mit Mesothorium gemachten Erfahrungen ohne weiteres als auch für Radium gültig zu erklären. Bei Oberflächenbestrahlung sollen die Mesothoriumpräparate rein exsudativ, die Radiumstrahlen nekrotisierend wirken; für die Tiefenwirkung seien letztere vorzuziehen.

Der praktische Versuch, die **Radiumbestrahlung durch Bestrahlung mit der Röntgenröhre** zu ersetzen, ist schon gemacht worden. Bumm teilt günstige Erfahrungen bei Cervixkrebs mit, die allein durch Röntgenbestrahlung nach einer Anordnung von Warnekros (16) erreicht wurden. Auch Pagenstecher (119), Salzmann (130) und Ch. Müller (113) haben sich bemüht, bei der Tiefentherapie praktisch die radioaktiven Substanzen durch Röntgenstrahlen zu ersetzen. Nach Ch. Müller sind nicht die γ-Strahlen, sondern die beim Durchtreten durch die Metallkapsel erzeugten Sekundärstrahlen (β-Strahlen) das Wirksame bei der Mesothoriumstrahlung. Diese Sekundärstrahlung entsteht aber auch, wenn harte Röntgenstrahlen ein Metallfilter von hohem Atomgewicht passieren. Lässt man also harte, stark abfiltrierte Röntgenstrahlen auf ein derartiges, am Orte der gewollten Wirkung angebrachtes Metallfilter wirken, so wird dort dieselbe Sekundärstrahlung wie bei Anbringung einer Mesothoriumkapsel entstehen. Bisher ist über die praktische Verwertung dieser Müllerschen Idee noch nichts bekannt geworden.

Bisher benutzten die meisten Kliniken die kombinierte Radium- und Röntgenbestrahlung.

Die vielfach **mit der Strahlenbehandlung kombinierte Chemotherapie** stützt sich auf den Befund, dass unter Einfluss der Bestrahlung in den Tumoren chemisch bekannte Zersetzungsprodukte entstehen, die schädlich auf die Krebszellen einwirken. Eines der wichtigsten derselben ist Cholin, ein Spaltprodukt des Lezithins.

Es lag also vor der Hand, dass man den Versuch machte, die Strahlenwirkung künstlich zu steigern, indem man diese Substanz künstlich in den Körper und in die Tumoren hineinbrachte. Das Cholin ist aber als Base instabil und geht leicht in Neurin über, das als schweres Gift nur in verschwindend kleinen Dosen vertragen wird. Dagegen haben die Cholinsalze, an erster Stelle das borsaure Salz (Borcholin = Enzytol), die Wirkung der

Base ohne deren Zersetzlichkeit. Auch zahlreiche andere Mittel kommen zur Anwendung, so vor allem die Kolloidmetalle, Arsen-Tellur-Selenverbindungen, Elektrokobalt, Atoxyl usw. Alle haben denselben Zweck, teilweise kleine Strahlendosen zu ersetzen, dort wo grosse Strahlenmengen nötig sind, deren Wirkung zu vermehren, resp. die für den Erfolg erforderlichen Dosen herabzusetzen. Es ist auch nicht unmöglich, dass auf diese Weise auf dem Blutwege auch eine Fernwirkung zu erzielen ist. Besonders Werner (158—161), aber auch Ch. Müller (114), Klotz (82) u. a. haben sich um die Ausarbeitung der Chemotherapie der Krebse sehr verdient gemacht. Von allen Seiten wird sie jetzt angewandt und empfohlen, so u. a. von Allmann (5), Klein (80 und bei Hirsch, 73), Hirsch (74), Klotz (82), Krönig (92), Nahmmacher (116), Opitz (118), Pinkuss (126), Werner und Ascher (158—163). Nachteile oder Schädigungen werden davon nicht mitgeteilt. Nur Klein (80) empfiehlt, bei der Injektion mit ganz minimalen Dosen anzufangen, da man sonst leicht Kollapse erlebt.

Auch mit **Injektionen in die Tumoren** ist die Strahlentherapie kombiniert worden. Caan (20; Thoriumchlorid), Falk (40; mit Kohle verbundenem Radium: Carboradiogen), Kroemer (87; Thorium X), Nahmmacher (116), Opitz (118; Methode, um das Cholin mit Sicherheit an die zu bekämpfenden Zellen heranzubringen) und Werner (161) haben damit Erfahrungen und die Resultate sollen gute sein.

Thorium X wird sowohl intratumoral als auch intravenös und per os, allein und in Kombination mit der Strahlentherapie angewandt. Hirschfeld und Meidner (75) konnten damit weder bei Mäusekarzinomen noch bei Rattensarkomen irgend welche Beeinflussung feststellen. Ebenso negativ verliefen die Versuche bei menschlichen Tumoren. Sie kommen zu dem Schluss, dass der Einfluss des Thorium X auf maligne Tumoren, speziell auf Karzinom, nicht sehr hoch zu veranschlagen sein dürfte. Nahmmacher (116) und Pinkuss (124) geben es innerlich, auch zusammen mit Pankreatin. Werner (161) ist von den intravenösen Thor-X-Injektionen wegen der Nebenwirkungen in jüngster Zeit immer mehr abgekommen.

Karzinom und Schwangerschaft.

1. Dublanc, Epithelioma du col et grossesse. Thèse de Bordeaux. Nr. 74. (73 Seiten. A. Destout.) (Seltene Komplikation. Der Tumor wächst schneller; die Schwangerschaft wird meistens nicht beeinflusst. Die Prognose ist für die Mutter schlecht. Ist der Tumor operabel, so muss in den ersten 4—5 Monaten die abdominale Uterusexstirpation vorgenommen werden. Ist der Fötus lebensfähig, so muss die Hauptsorge dem Kinde gelten.)

1a. Ferrari, Présentation d'un cas de cancer utérin au cours de la grossesse; hystérectomie 2 mois après l'accouchement. Réunion obst. et gyn. d'Alger. Séance du 14 Juin. Ref. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris. 2 Année. Nr. 6. p. 573. (Starker Blutverlust bei der Frühgeburt im 7. Monat. Die Blumenkohlgeschwulst wurde zuerst abgekratzt und die Vagina gereinigt. Uterus beweglich. Die abdominale Totalexstirpation war sehr leicht. Die 33jährige Patientin ist seit einem Jahr rezidivfrei. — Diskussion: Vincent stimmt mit Vortr. überein, dass die Hysterotomie im Wochenbett sehr leicht ist.)

2. Fordyce, W., A difficult and successful Wertheims operation in a case of cervical carcinoma $3^1/_2$ months after delivery of a full-term child. Edinburgh Obst. Soc. Meeting on May 14. Ref. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 23. Nr. 6. p. 435.

3. Graff, E. v., Demonstration eines karzinomatösen Uteruspolypen, der einen Abortus febrilis vorgetäuscht hatte. Geb.-gyn. Ges in Wien. Sitzg. vom 14. Jan. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 32. p. 1196. (Cf. „Karzinome", Nr. 134.)

4. — Über den Einfluss der Gravidität auf das Wachstum maligner Tumoren. 85. Versamml. deutsch. Naturforscher u. Ärzte in Wien. 21.—27. Sept. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 41. p. 2307. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 41 p. 1684. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 41. p. 2018. Berliner klin. Wochenschr. Nr. 41. p. 1924. Wiener med. Wochenschr. Nr. 43. p. 2796. Frauenarzt. Bd. 28. Heft. 2. 15. Nov. p. 487. Als Original erschienen i. d. Wiener klin. Wochenschr. 1914. Nr. 1. p. 7—9. (Nach gemachter Erfahrung am Menschen und an Tierversuchen besteht die Behauptung, eine Gravidität begünstige das Wachstum maligner Tumoren, nicht zu Recht. Wertheim

fand bei einer Reihe von in der Gravidität operierten Karzinomen eben so viele Dauerheilungen als bei nichtgraviden karzinomkranken Frauen. Wenn einem Tiere gleichzeitig oder nacheinander zwei Tumoren implantiert werden, wächst der eine, während der andere der Resorption verfällt.)

5. Grant, W. G., Remarks on carcinoma uteri gravidi, with report of a case. Med. Journ. of South Africa. Vol. 9. Nr. 5. p. 113.

5a. Keyes, A. B., Carcinoma of the uterus in the non-pregnant and pregnant . Illinois med. Journ. Vol. 23. p. 169—185. (Beim Korpuskarzinom soll Schwangerschaft selten sein. Das Wachstum des Karzinoms wird durch Schwangerschaft beschleunigt. Bei 30—40% von Cervixkarzinom und Schwangerschaft kommt es zu Abort oder Frühgeburt. Der normale Geburtsverlauf wird infolge Rigidität des Karzinoms verlängert und durch stärkere Einrisse gefährdet. Vaginaler oder abdominaler Kaiserschnitt geben für Mutter und Kind viel bessere Resultate als expektatives Verfahren.)

6. Kowner, E., Über die Beziehungen zwischen Uterustumoren und Schwangerschaft. Diss. Bern. (Siehe unter „Myom und Schwangerschaft“, Nr. 30).

7. Mylvaganam, H. B., A case of advanced carcinoma of the cervix uteri containing twins treated by vaginal hysterectomy. The Lancet. Nr. 4700. Sept. 27. p. 930 bis 931 and Nr. 4701. Oct. 4. p. 1011. (Kasuistisch: 40jähr. Frau. Alter der Föten etwa 3 Monate.)

8. Nowotny, Der Einfluss der Schwangerschaft auf die Entwickelung des Karzinoms bei Mäusen. Przeglad lekarski. 1912. Nr 37. Ref. La Gynécologie. Nr. 4. p. 254. (Von 258 mit Karzinom geimpften Mäusen, bei denen die Geschwulst anging, wurden 36 schwanger Verf konnte nicht beobachten, dass das Karzinom in der Gravidität schneller wuchs. 16 Mäuse konnten stillen; währenddessen wurde der Tumor nicht kleiner, meistens nahm er sogar dann an Grösse zu. Geimpfte Mäuse wurden viel seltener schwanger wie gesunde.)

9. Rühle, W., Beitrag zum Verhalten der regionären Lymphdrüsen und des Ureters bei Carcinoma colli uteri in graviditate. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 74. Heft 1. p. 321—331. (Kasuistischer Beitrag: Grosses Kollumkarzinom. Graviditas mens VII. Kaiserschnitt. Uterusexstirpation. Parametrien nicht infiltriert, dagegen multiple regionäre Lymphdrüsen karzinomatös erkrankt. Ausserdem Karzinommetastasen im Ureter, auf lymphatischem Wege zustande gekommen. Tod der Mutter an Embolie der Art. pulmonalis, des Kindes an Lebensschwäche.)

10. Weinbrenner, K.. Demonstration eines Uterus gravid. mens. III mit grossem verjauchtem Portiokarzinom. Med. Ges. zu Magdeburg. Sitzg. vom 27. Febr. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 22. p. 1232. (29jährige Frau, hatte 5mal geboren, zuletzt vor zwei Jahren. Anfang Dezember wässeriger Ausfluss. Die folgenden Blutungen wurden für die Regel gehalten. Ende Januar Untersuchung und Diagnose auf Karzinom. Nach 14 Tagen auffallendes deutliches Wachstum. Erweiterte abdominale Radikaloperation, bei septischem Zerfall ohne Vorbehandlung mit scharfem Löffel und Paquelin. Heilung.)

11. Weise, F., Uteruskarzinom und Schwangerschaft. Diss. Jena. Juli. (Wendt u. Klauwell, Langensalza.)

Nach v. Graff (4) besteht die Behauptung, dass eine **Gravidität das Wachstum maligner Tumoren begünstige, nicht** zu Recht. Die Zahl der Rezidive ist bei den in der Gravidität operierten Karzinomen nicht höher als bei nichtgravide Operierten. Wenn einem Tiere gleichzeitig oder nacheinander zwei Tumoren implantiert werden, wächst der eine, während der andere der Resorption verfällt. Auch Nowotny (8) konnte bei Mäusen nicht beobachten, dass das Karzinom in der Gravidität schneller wuchs; wohl nahm es während des Stillens meistens an Grösse zu. Die geimpften Mäuse wurden viel seltener schwanger wie gesunde. Weinbrenner (10) dagegen hat ein Karzinom im dritten Monat der Schwangerschaft innerhalb 14 Tagen auffallend schnell wachsen sehen. Obschon der Tumor verjaucht war, wurde durch die erweiterte abdominale Radikaloperation ohne Vorbehandlung die Frau geheilt. Auch nach Dublanc (1) und Keyes (5a) wird das Wachstum des Karzinoms durch die Schwangerschaft beschleunigt.

Ferrari (1a) hat, nachdem eine Frühgeburt stattgefunden hatte, zuerst die Blumenkohlgeschwulst abgekratzt und die Vagina gereinigt, und erst nach zwei Monaten operiert. Die **Totalexstirpation war sehr leicht** (was auch Vincent bestätigt) und die 33jährige Patientin ist seit einem Jahre rezidivfrei.

Nach Wertheim (cf. v. Graff 4) finden sich bei in der Gravidität operierten Karzinomen ebenso viele **Dauerheilungen** als bei nichtgraviden, karzinomkranken Frauen.

Auch Fordyce (2) operierte eine Frau erst $3^1/_2$ Monate nach der Entbindung und mit gutem Erfolg, obschon die Operation in diesem Falle sehr schwer war. Dieses Kind war ausgetragen worden; sehr oft kommt es zu **Abort** oder **Frühgeburt** [Ferrari (1a)]. Nach Keyes (5a) gehen 30—40% der Schwangerschaften bei Karzinom in Abort oder Frühgeburt aus.

Kowner (6) hat in Bern, Weise (11) in Jena, Dublanc (1) in Bordeaux eine **Dissertation** verfasst **über die Beziehungen zwischen Uteruskarzinom und Schwangerschaft.**

v. Graff (3) teilt einen Fall von **Fehldiagnose** mit, bei dem ein karzinomatöser Uteruspolyp einen Abortus febrilis vorgetäuscht hatte.

Über die **Indikationen zur Operation** findet sich näheres u. a. bei Dublanc (1), Keyes (5a) und Weise (11).

Sarkome.

(Siehe auch unter „Myome" und „Strahlentherapie der Myome".)

1. Ameuille, Sarcome de l'utérus. Soc. anat. de Paris. Séance du 4 Avril. Ref. La Presse méd. Nr. 29. p. 290. (Multiple Myome des Uterus, sarkomatös degeneriert und mit dem Rektum verwachsen. Mikroskopische Diagnose und Differentialdiagnose.)
2. Beckmann, W. G., Zur Lehre von den heterologen mesodermalen Neubildungen der Cervix uteri. Journ. akusch. i shensk bolesn. Bd. 28. Heft 9. Sept. p. 1123—1152. (Beschreibung eines heterologen, mesodermalen Kollumsarkoms von polypöser, teilweise traubiger Form mit Einschlüssen von hyalinem Knorpel, der stellenweise verkalkt war, bei einer 22 jährigen Nullipara. Die Krankheit dauerte vom Auftreten der ersten Symptome bis zum Tode der Patientin nicht länger als fünf Monate. Bereits drei Monate nach Beginn der Krankheit, als Patientin sich in ärztliche Behandlung begab, war eine Radikaloperation nicht mehr ausführbar. Eine durch einen über fingerdicken Stiel mit dem Zervikalkanal in Verbindung stehende traubige, kleinfaustgrosse Geschwulst wurde ebenso wie ein hühnereigrosser, von der vorderen Muttermundslippe ausgehender Tumor abgetragen und das Geschwulstbett, wie auch die durch die Neubildung zerstörte hintere Muttermundslippe pacquelinisiert. Schon drei Wochen später hatte sich die Geschwulst neu gebildet und ragte bereits zum Introitus vaginae hervor. Gleichzeitig wucherte sie durchs hintere Scheidengewölbe in die Beckenhöhle, welche sie allmählich ausfüllte. Mikroskopisch bestand die Neubildung aus runden und länglichen Zellen mit grossen Kernen, deren Zahl in den oberflächlichen, polypösen Geschwulstabschnitten verhältnismässig nicht gross war. Nur in einer subepithelialen Zone war eine starke Proliferation der Geschwulstelemente zu sehen. In den tieferliegenden Geschwulstabschnitten lagen die Geschwulstelemente entweder dicht gelagert oder aus dicht gelagerten Zellen bestehende Geschwulstpartien wechselten mit zellarmen, reichliche Interzellularsubstanz enthaltenden Partien ab. Hyaline Knorpelinseln fanden sich nur in den oberflächlichen Geschwulstpartien, daselbst fanden sich auch fibrilläres Bindegewebe und stellenweise glatte Muskelzellen. Kalkablagerungen im hyalinen Knorpel und im Geschwulstgewebe selbst, zahlreiche Lymph- und Blutgefässe und Ödem des Gewebes vervollständigen das mikroskopische Bild. Verf. bespricht die Histogenese der mesodermalen, heterologen Uterussarkome und schliesst sich der Wilmsschen Theorie an. Er deutet die Geschwulstelemente als embryonales Gewebe, das sich einerseits in verschiedene Gewebsarten (Knorpel, Bindegewebe, Muskelgewebe etc.) differenzieren kann, andererseits durch schrankenlose Proliferation seiner Elemente einen bösartigen, sarkomatösen Charakter annimmt. Als mikroskopisch differentialdiagnostisches Kennzeichen dieser Geschwulst weist Verf. auf die subepitheliale Proliferationszone in den polypösen Bildungen hin. Die Anwesenheit dieser Zone gestattet es, in frühen Entwickelungsstadien das mesodermale traubige Sarkom von einem gutartigen Schleimpolypen zu unterscheiden, dessen Struktur ersterem sonst ähnlich ist.) (H. Jentter.)
3. Biach, P., und O. Weltmann, Über den wachstumshemmenden Einfluss der Milz auf das Rattensarkom. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 27. p. 1115—1118. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 30. p. 1409. (Impften Verff. Sarkombrei mit Milzbrei vermischt,

so konnten sie einen hemmenden Einfluss des Milzgewebes auf die Entwickelung der Tumoren beobachten. Die Milz von Sarkomratten zeigte diesen Einfluss in stärkerem Grade als die Milz normaler Tiere. Durch die Injektion des Milzbreis wird die Immunität des Körpers, welche nach der Resorption von Tumorzellen auftritt, in erheblichem Grade gesteigert. Welche Rolle die Milz bei allen diesen Vorgängen spielt, ist noch aufzuklären.)

4. Borysowicz, Bemerkenswerter Fall von Uterussarkom. Przeglad chirurg i gin. Bd. 8. Heft 2. p. 324. (Polnisch.) (1911 in Kijew Auskratzung des Uterus mit Entfernung eines sarkomatösen Tumors ex utero. Nach sechs Monaten eine neue Auskratzung durch Brzezinskij in Warschau, der nichts Verdächtiges fand. Mai 1912 exstirpierte Borysowicz den Uterus vaginal, einem acht Wochen schwangeren Uterus an Grösse gleichkommend — in Fundo uteri ein gestieltes pflaumengrosses Gebilde: Sarkom.) (v. Neugebauer.)
5. Caan, A., Therapeutische Versuche mit lokaler Thoriumchloridbehandlung bei Karzinommäusen und Sarkomratten. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 20. p. 1078 bis 1079. (Siehe unter „Strahlentherapie der Karzinome" b) Radium, Mesothorium usw., Nr. 20.)
6. Chabiron, De la fréquence du sarcome dans le fibrome utérin. Thèse Bordeaux. 1912.
7. Chéron, H., et H. Rubens-Duval, Aperçu sur les résultats de la radiumthérapie des cancers de l'utérus et du vagin. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Séance du 19 Mai. (Siehe unter „Strahlentherapie der Karzinome", b) Radium, Mesothorium, Nr. 24. Es wurden auch, mit gutem Erfolg, drei Fälle von Sarkom des Uterus behandelt. Seit 1—2 Jahren vollkommene Heilung. Krankengeschichten.)
8. Costantini, P., Un caso raro di sarcomatosi totale dell' utero. La clinica chir. Vol. 21. Heft 7. p. 1537—1547. (Italienisch.) (Die ganze Innenfläche des Uterus war bis zu einer Tiefe von 1 cm von einer lappigen, polypös-traubigen Neubildung — gemischtzelliges, vorwiegend spindelzelliges Sarkom, ausgehend vom Bindegewebe der Schleimhaut — eingenommen.)
9. Davis, Th. G., Eine Laboratoriumsprobe auf Karzinom und Sarkom. Amer. Journ. of Med. Scienc. Nr. 6. p. 857—865. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 28. p. 1312. (Siehe unter „Karzinome", Nr. 85.)
10. Dietrich, A., Über ein Fibroxanthosarkom mit eigenartiger Ausbreitung und eine Vena cava sup. sin. bei dem gleichen Fall. Virchows Archiv. Bd. 212. Heft 1. p. 119. (Die genannte Geschwulst befand sich bei einer 29jährigen Frau retroperitoneal. Von hier aus hatte der Tumor auf die benachbarten Organe übergegriffen und ausserdem Metastasen im Herzen, auf dem Peritoneum und an beiden Nervi optici gesetzt. Mikroskopisch fand sich ein fibrosarkomartiger Aufbau mit einem sehr starken Gehalt an doppeltbrechenden Lipoiden. Zusammenhang zwischen Tumor und Missbildung liess sich nicht feststellen.)
11. Dreyzehner, K. F., Myom und Sarkom. Ärztl. Bezirksverein zu Zittau. Sitzg. v. 6. März. (Siehe unter „Myome", Nr. 43.)
12. Fabrizius, Sarkom des Uterus. Geb.-Gyn. Ges. in Wien. Sitzg. vom 10. Dez. 1912. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 24. p. 911.
13. Frankl, O., Über den wachstumshemmenden Einfluss der Milz auf das Rattensarkom. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 30. p. 1246—1247 (Verf. ist schon vor zwei Jahren zu denselben Resultaten gekommen, wie die jetzt von Biach und Weltmann (Nr. 3) mitgeteilten. Er mischte Karzinombrei mit Organbrei. Der Mäusetumor für sich ging stets in 100% positiv an. Beimengung von Mäusemuskelbrei modifizierte das Resultat der Impfung nicht. Zusatz reifer Mäuseplazenta liess die Tumoren bloss in 98% angehen. Mäuseleber hemmte bereits stärker und zwar bis 75%. Mäusemilz hemmte bis zu 50%. Die hemmende Kraft der Milz wurde bloss übertroffen durch Simultaninjektionen von Lymphdrüsenbrei, wobei sich 45%, bei Mischungsverhältnis Karzinom ein Teil und Drüsenbrei zwei Teile sogar nur 20% positives Resultat ergab. Dazu kam verlangsamtes Wachstum der Tumoren, häufige Spontannekrose.)
14. Glinski, L. K., Demonstration eines Uterus mit Karzinom, Myom und Sarkom zu gleicher Zeit. Krakauer ärztl. Ges. Ref. Przeglad Lekarski. Nr. 3. p. 53. (Polnisch.)
15. Graebke, H., Über das Uterussarkom. Diss. Jena. Sept.
16. Haymann, A., Sarkom der Uteruswand mit Schwangerschaft mens. III. Verein d. Ärzte Wiesbadens. Sitzg. vom 29. Okt. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 49.

p. 2304. (Kasuistisch, 38jährige Opara. Zuerst supravaginale Amputation des Uterus, dann acht Tage später vaginale Exstirpation des Stumpfes mit Zurücklassen der Adnexe. Patientin ist jetzt über $2^1/_2$ Jahr rezidivfrei.)

17. Hedinger, E., Carcinoma sarcomatodes corporis uteri bei einer 57jährigen Frau. Med. Ges. in Basel. Sitzg. vom 23. Jan. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 10. p. 488. (Siehe unter „Karzinome", Nr. 154.)

18. Hirt, R., Retroperitoneales Drüsensarkom. Med. Ges. zu Magdeburg. Sitzg. vom 10. April. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 31. p. 1744. (39jährige Ehefrau. Angeblich in vier Wochen gewachsener Tumor, der mit dem Uterus zusammenhängt. Laparotomie unter der Annahme eines doppelseitigen Ovarialkarzinoms. Retroperitonealer Tumor, zahlreiche Verwachsungen. Ursprungstelle Gegend der Radix mesenterii. Glatte Rekonvaleszenz.)

19. Izar, S., und C. Basile, Wirkung des kolloidalen Schwefels auf das Rattensarkom. Zeitschr. f. Immunitätsforschung. Bd. 18. Nr. 1. Tumori, Bd. 2. Nr. 6. p. 650—652. (Nach intravenöser Injektion von kolloidem Schwefel tritt eine Einschmelzung des Tumors ein, Degeneration der Kerne und des Protoplasmas bei fast vollkommener Nekrose, Hyperämie. Blutungen Das Mittel wirkt langsam und progressiv; Reaktionserscheinungen fehlen ganz. Das Maximum des regressiven Prozesses ist ungefähr einen Monat nach der Injektion erzielt.)

19a. Jaffé, B., Blutgerinnungsbestimmungen bei Karzinom und Sarkom. Folia haematol. Bd. 15. p. 167—180. (Nach der Kottmannschen Methode. Während die sechs Karzinomfälle etwa normale Gerinnungszeiten aufwiesen, ergaben alle fünf Sarkomfälle eine deutliche Verzögerung, die sich vielleicht aus dem starken Blutreichtum der Sarkome erklärt. Verf. hält es für möglich, mit der Blutgerinnungsbestimmung ein differentialdiagnostisches Merkmal zwischen Karzinom und Sarkom zu erlangen.)

20. Kolde, W., Über Myxosarcoma uteri. Arch. f. Gyn. Bd. 101. Heft 1. p. 181—187. (Kasuistisch: Ausführliche Beschreibung des makroskopischen und mikroskopischen Präparates mit 4 Abb. auf 1 Taf.)

21. Kondring, H., Primäres Kystosarkom des Magens. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 12. p. 417—419.

22. Kubinyi, P. v., Myoma sarcomás elfajulása. Aus der Sitzg. d. gyn. Sekt. d. kgl. Ärztevereins am 17. Dez. 1912. Ref. Orvosi Hetilap. Gyn. Nr. 1. (Bericht über einen Fall von sarkomatöser Entartung eines Gebärmuttermyoms.) (Temesváry.)

23. — Sarcoma uteri. Aus der Sitzg. d. gyn. Sekt. d. kgl. Ärztevereins am 22. April. Ref. Orvosi Hetilap. Gyn. Nr. 2. (Bericht über die sarkomatöse Entartung eines 23 Jahre lang ohne Beschwerden bestandenen Gebärmutterfibroms; Ausgang letal. Siehe auch unter „Myome", Nr. 90.) (Temesváry.)

23a. Labeau, R., Traitement des sarcomes cliniquement diagnostiqués par la radiotherapie. Bull. offic. de la soc. franç. d'électrothérap. et de radiol. Tome 21. p. 212—225. (Nicht speziell gynäkologisch. In fünf Fällen, die klinisch, nicht mikroskopisch als Sarkome festgestellt waren, wurde durch Behandlung mit Röntgenstrahlen teils Besserung, teils vollständige Heilung erzielt.)

24. Levy-Dorn, M., Zur Wirkung der Röntgenstrahlen auf maligne Geschwülste. Strahlentherapie. Bd. 3. Heft 1. p. 210—215. (Versuche an Mäusen ergaben unbrauchbare Resultate, da die Tiere gegen allgemeine Bestrahlung zu empfindlich sind. Dagegen berichtet Verf. über Heilung von Sarkom in drei Fällen, von denen zwei bereits sieben Jahre in Beobachtung sind (nicht gynäkologische Fälle.)

25. Lihotzky, Demonstration eines Myosarkoms. Geb.-gyn. Ges. in Wien. Sitzg. vom 14. Jan. (Siehe unter „Myome", Nr. 102.)

26. Lobenhoffer, W., Beobachtungen über Thoriumbehandlung. III. Tagung d. Ver. bayr. Chir. (12. Juli) in München. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 30. p. 1683. (Siehe unter „Strahlentherapie der Karzinome", b) Radium, Mesothorium, Nr. 107.)

27. — Erfahrungen mit der Mesothoriumbehandlung maligner Tumoren. v Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 87. Heft 2. (Fünf mit Mesothorium behandelte Sarkomfälle nicht-gynäkologischer Art. Die drei ganz weichen, gefäss- und bindegewebsarmen Rundzellensarkome wurden eklatant günstig beeinflusst, während bei den beiden anderen, einem harten Fibrosarkom und einem Angiosarkom, jede Wirkung ausblieb.)

28. Manson, J. S., Über die hereditäre Übertragung von Sarkom. The Brit. med. Journ. Nr. 2757. Nov. Ref. Wiener klin. Wochenschr. 1914. Nr. 14. p. 379.

29. Marsh, J. Hedley, Sarcoma of the uterus. The Brit. med. Journ. Nr. 2752. Sept. 27. p. 782—783. Ref. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 47. p. 1958. (Kasuistisch; 45jährige

Frau. Abdominale Totalexstirpation. Rundzellensarkom, ausgehend vom Endometrium.)
30. Marshall, B., A case of mixed-celled sarcoma of the myometrium. North of England Obst. and Gyn. Soc. Meeting in Manchester on May 30. Ref. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 24. Heft 1. p. 50. (Kasuistisch. Es handelt sich um sarkomatöse Degeneration eines Myoms im Klimakterium. Blutungen in der Menopause deuten in den meisten Fällen auf maligne Veränderungen im Myom hin.)
31. Miller, J. R., Die Beziehungen zwischen Sarkom und Myom in Rücksicht auf die Röntgentherapie. Strahlentherapie. Bd. 2. Heft 1. p. 256. (Siehe unter „Strahlentherapie der Myome", a) Röntgenstrahlen, Nr. 121.)
32. Nijhoff, G. C., Uterus mit Sarcoma giganto-cellulare. Ned. Tijdschr. v. Verl. en Gyn. Bd. 22. Heft 3. p. 261—263. (Entfernt bei einer 30jährigen unverheirateten Frau, die an profusen unregelmässigen Blutungen litt und bei welcher nach Curettage die Diagnose Sarkom gestellt worden war. Nach drei Monaten hatte Patientin bereits zahlreiche Metastasen. — 3 Abbildungen.) (Mendes de Leon.)
33. Offergeld, H., Ein bemerkenswerter Fall von Melanosarkom. Arch. f. Gyn. Bd. 101. Heft 2. p. 430—445. (Multiple primäre Melanosarkombildung bei einer 33jährigen Frau, zum Teil wahrscheinlich seit einem Partus vor zwei Jahren aus Pigmentnaevis hervorgegangen. Nach operativer Entfernung der Haupttumoren und Drüsen kam es trotz Arsenik und Radiumbehandlung rasch zu weiteren Metastasen, an denen die Frau nach $3^1/_2$ Monaten erlag. Es wurde aber auch daneben einwandsfrei das spontane Schwinden einzelner Hauttumoren, wohl infolge autolytischer Prozesse im Tumorgewebe selbst, konstatiert. Melanurie wurde nie beobachtet.)
34. Ogórek, M., Postklimakterisches Myosarkom des Uterus. Arch. f. Gyn. Bd. 99. Heft 1. p. 190—221. (Kasuistisch, mit grosser Literaturangabe. Makroskopische und mikroskopische Bilder im Text und auf einer Tafel. Sowohl das Bindegewebe, als auch die Muskulatur haben am Wachstum des Tumors teilgenommen; ersteres hat das primäre und aktivere Element dargestellt.)
35. Patek, R., Ein Fall von primärem Sarkom des Dünndarms. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 12. p. 414—417.
36. Peine, H., Zwei Fälle von primärem Wandungssarkom der Portio vaginalis, kombiniert mit doppelseitigen, metastatischen Ovarialsarkomen. Diss. München 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 23. p. 867.
37. Pesharskaja, W., Eine mikrochemische Reaktion der Oxydierung lebender Gewebe als Hilfsmittel bei der Diagnose bösartiger Neubildungen in der Gynäkologie. Russki Wratsch. Nr. 46. (Russisch.) (Cf. „Karzinome", Nr. 264.)
37a. Petersen, O. H., Zur Frage der Dauerheilungen von Sarkomen durch Röntgenstrahlen. Strahlentherapie. Bd. 3. Heft 2. p. 490—507. (Nicht speziell gynäkologisch. Aufforderung zur Publikation aller Fälle von Dauerheilungen von Sarkomen durch Röntgenstrahlen. Nach der Zusammenstellung des Verf. sind bisher die Resultate nicht so gut, wie aus manchen Publikationen hervorgeht.)
38. Raab, H., Zellreiche Myome und Myosarkome des Uterus. Arch. f. Gyn. Bd. 100. Heft 2. p. 389—429. (Siehe unter „Myome", Nr. 139.)
39. Rixford, E., Sarcoma of the uterus. Calif. State Journ. of Med. Vol. 11. Heft 3. p. 118—122. (Statistik über die Häufigkeit der Uteruskarzinome. Verf. fand unter 60 Uterustumoren fünf Sarkome und 20 Karzinome, d. h. ein Verhältnis von Sarkomen zu Karzinomen wie 1 : 4.)
40. Rodler-Zipkin, R., Demonstration von Uterustumoren. Nürnberger med. Ges. u. Poliklinik. Sitzg. vom 22. Mai. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 36. p. 2026. (Darunter sind ein kindskopfgrosses Myoma sarcomatodes und ein vollständig sarkomatös umwandeltes submuköses Fibromyom. Letzteres war mannskopfgross, zeigte ausserordentliche Polymorphie der Zellen, nirgends glatte Muskelfasern. Daneben faustgrosses Fibromyom mit einzelnen sarkomatösen Herden im Ligamentum latum beim selben Falle; interessant deswegen, weil Patientin vor 15 Jahren wegen Myoms kastriert wurde.)
41. Rosenfeld, H., Spindelsarkom des linken Lig. latum. Bayr. gyn. Ges. Sitzg. vom 9. März. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 20. p. 728. (Der überkürbisgrosse Tumor geht aus entweder von Resten der Urniere oder von den Fasern des Ligaments (Albrecht). Da er ganz retroperitoneal sass und durch Punktion nicht zu verkleinern war, so gestaltete sich der Eingriff, der aus Indicatio vitalis ausgeführt werden musste, sehr schwer, und die Patientin starb im Schock noch in der ersten Nacht.)

42. Schach-Asiss, J., Zur Kasuistik der malignen Neubildungen der weiblichen Geschlechtsorgane. Wratsch. Gaz. 1912. Nr. 50. (Siehe unter „Myome", Nr. 150.)
43. Schlimpert, H., und J. Miller, Häufigkeit und Prognose des Uterussarkoms. Mittelrhein. Ges. f. Geb. u. Gyn. Sitzg. vom 16. Febr. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Erg.-Heft. p. 405—407. (Die Einwendungen, die gegen die Röntgentherapie zugunsten der operativen Therapie der Myome unter Hinweis auf die Gefahr der Verwechselung mit Uterussarkomen gemacht werden, leiden an Irrtümern histologischer, klinisch-diagnostischer und prognostischer Art. Die histologische Diagnose des Uterussarkoms ist sehr schwer. Dagegen scheint es Vortragenden sehr wahrscheinlich, dass in einem hohen Prozentsatz der Fälle die Diagnose, wenn ein Sarkom vorhanden, auch klinisch gestellt werden kann. Was die Prognose betrifft, stellt Vortragender statistisch fest, dass wenn sich unter 100 Myomen 5% Sarkome finden, immerhin durch Bestrahlung noch weniger Patienten zugrunde gehen, wie durch die operative Behandlung. Ausserdem werden vielleicht auch die Sarkomzellen ähnlich den Karzinomzellen durch die Bestrahlung günstig beeinflusst. Diskussion: Holzbach schliesst sich Vortragenden an, hält die Frequenz der Sarkome nicht höher wie $^1/_2$—1% der operierten Myome und die Prognose, auch bei operativer Behandlung, für sehr schlecht.)
44. Schottländer, J., Über histologische Geschwulstdiagnostik im Bereiche der Gebärmutter. Arch. f. Gyn. Bd. 100. Heft 1. p. 225—231. (Cf. „Karzinome", Nr. 311.)
45. Seeligmann, L., Über die erfolgreiche kombinierte Methode der Chemo- und Röntgentherapie maligner Tumoren. Ein schweres Rezidiv eines Ovarialsarkoms mit Metastase in der Wirbelsäule geheilt. XV. Versamml. d. Deutsch. Ges. f. Gyn. (14.—17. Mai) zu Halle a. S. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 26. p. 1455. Als Original erschienen i. d. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 12. p. 637—638. (Kombinierte Röntgenbehandlung und intravenöse Einspritzungen von (0,1) Arsazetin. Weiterer Verlauf des Falles cf. Seeligmann unter „Strahlentherapie der Karzinome", a) Röntgenstrahlen, Nr. 56.)
46. Shaw, W. Fletcher, Exhibition of a specimen of perithelioma of the uterus. North of England Obst. and Gyn. Soc. Meeting in Liverpool on Oct. 17. Ref. The Lancet. Nr. 4705. Nov. 1. p. 1259. The Brit. med. Journ. Nr. 2758. Nov. 8. p. 1230. Als Original erschienen im Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 24. Nr. 4. p. 221 bis 222. (Der Tumor hing wie einhühnereigrosser Polyp aus dem äusseren Muttermund heraus. Vor zwei Jahren waren einfache fibröse Poypen aus demselben Uterus entfernt worden.)
47. Sielman, R., Zwei Fälle von intraperitonealem Sarkom mit gutem Erfolg mit Röntgenstrahlen behandelt. Ärztl. Verein in München. Sitzg. vom 26. Febr. (Diskussion zu Döderlein, siehe unter „Strahlentherapie der Karzinome", a) Röntgenstrahlen, Nr. 11.)
48. Simson, H. J. F., Exhibition of specimen of sarcoma of the body of the uterus with polypoidal growth. West London med.-chir. Soc. Meeting on Febr. 27. Ref. The Lancet. Nr. 4669. Febr. 22. p. 533.
49. Stewart, J. Clark, The malignancy of giant-celled sarcoma. Surg., Gyn. and Obst. Nr. 1. p. 30—31. (Kurze Krankengeschichten zweier nichtgynäkologischer Fälle, die beweisen sollen, dass Riesenzellensarkome ebenso bösartige Neubildungen sind, wie die übrigen Sarkome.)
50. Stumpf, R., Rundzellensarkom des Uterus. Gyn. Ges. zu Breslau. Sitzg. vom 11. Febr. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. Heft 5. p. 695. (Die Gebärmutter ist in ihrer Form erhalten, aber mächtig vergrössert. Beide Ovarien sind in faustgrosse Tumoren verwandelt. Die Tube ist ausserordentlich verdickt, jedoch in ihrer äusseren Form samt den Fimbrien wohl erhalten. Die Verbreitung der Geschwulstzellen geschieht auf dem Lymphwege.)
51. Wegelius, W., Postklimakterisches Myosarkom des Uterus. Finska Läkar. Handl. Bd. 55. Heft 8. p. 280—289. (Schwedisch.) (Kasuistisch. Genaue Beschreibung des mikroskopischen Befundes. Es ist das schrittweise Übergehen von typischen Myomzellen in Sarkomzellen deutlich zu sehen. Die Präparate zeigen genau dasselbe Bild wie die von Ogórek (cf. Nr. 34) beschriebenen.)
52. Whitehouse, B., An early case of sarcoma uteri. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 23. Nr. 3. March. p. 155—157. Proceedings of the Royal Soc. of Med. Vol. 6. Nr. 5. p. 121—124. (Kasuistisch. Verf. glaubt in diesem Falle an ein primäres Fibrosarkom, nicht an sarkomatöse Degeneration eines präexistierenden Myoms. Die Veränderung wurde zufällig bei einer abdominalen Hysterektomie wegen doppelseitiger chronischer Salpingo-Oophoritis beobachtet.)

53. Wiecki, C. v., Über einen Fall von Sarkom nach Myomoperation. Diss. München. Febr. (Berlin, R. Trenkel.) (17 Monate nach abdominaler Totalexstirpation wegen Myom Relaparotomie. Allgemeine Sarkomatose im Abdomen. Verf. schliesst aus dem klinischen Verhalten — rapides Wachstum kurz vor dem Klimakterium und aus dem Sitz des Sarkoms in der alten Scheidennarbe — auf ein Rezidiv des sarkomatös entarteten Myoms.)

54. Zacherl, H., Beitrag zur Kasuistik der Wandsarkome des Uterus. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 31. p. 1271—1274. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 34. p. 1582. (Kasuistisch. Sehr ausführliche Mitteilung des Falles, des mikroskopischen Befundes und eingehende Besprechung der Genese der Uterussarkome. Es handelt sich hier zweifellos um ein spindelzelliges Sarkom der Uteruswand, das mit einem Myom in Beziehung steht und aller Wahrscheinlichkeit nach aus dem interstitiellen Gewebe desselben hervorgeht. Nirgends ist ein Übergang von Muskelfasern in Sarkomzellen nachweisbar.)

In der Mehrzahl der Fälle werden die Sarkome im Uterus in Kombination mit Myomen angetroffen und sind als **sarkomatös degenerierte Myome** aufzufassen. Ameuille (1), Glinski (14), Kubinyi (22 u. 23; der Tumor hatte 23 Jahre bestanden, ohne Beschwerden zu machen), Lihotzky (25), Marshall (30), Ogórek (34; Literatur), Raab (38), Rodler-Zipkin (40; die Frau war vor 20 Jahren wegen Myom kastriert worden), Schach-Asiss (42), Schlimpert und Miller (43), Wegelius (51), Wiecki (53), Zacherl (54) u. a. haben kasuistisch solche Fälle publiziert, in denen der Übergang des Myoms in Sarkom nachgewiesen werden konnte. Das eine Mal nehmen beide Elemente, sowohl das Bindegewebe als auch die Muskulatur, am Wachstum des Tumors teil, wie in dem Fall von Ogórek (34), das andere Mal nimmt derselbe seinen Ausgangspunkt nur vom interstitiellen Gewebe und ist nirgends ein Übergang von Muskelfasern in Sarkomzellen nachweisbar [Rodler-Zipkin (40), Zacherl (54)].

Schon im Kapitel „Myome“ sind eine Anzahl Fälle dieser Art erwähnt, und die Arbeiten, die sich mit der **Häufigkeit des Zusammentreffens von Myom und Sarkom im selben Uterus** befassen, zusammengetragen worden. Hier sei nur noch auf die französische Dissertation von Chabiron (6), sowie auf die Publikationen von Raab (38) und Schlimpert und Miller (31 u. 43) hingewiesen. Letztere Autoren sind überzeugt, dass die Häufigkeit der sarkomatösen Degeneration der Myome viel zu hoch eingeschätzt wird. Dabei schliesst sich Holzbach an, der die Frequenz nicht höher hält, wie $^1/_2$—1 % der operierten Myome. Raab glaubt, dass in sehr vielen Fällen fälschlicherweise zellreiche, aber benigne Myome als Sarkome angesprochen werden. Er selbst fand unter den 329 durch Operation gewonnenen Myompräparaten von den vier sarkomverdächtigen nur eines wirklich sarkomatös degeneriert. Zwar ist die Diagnose oft recht schwierig und nach Lubarsch (cf. „Karzinome“, 222) am Ausschabsel gar nicht mit Sicherheit zu stellen; nach Schottländer (cf. „Karzinome“, 311) jedoch sind auch an den kurettierten Gewebsbröckeln die mangelhafte Reife und das überstürzte Wachstum der Sarkomzellen unschwer zu erkennen.

Beckmann (2; siehe Referat), Borysowicz (4), Dreyzehner (11), Shaw (46) und Simson (48) fanden Sarkome in Form polypöser Wucherungen der Schleimhaut des Fundus uteri, zum Teil aus der Cervix heraushängend. In Shaws Fall waren zwei Jahre zuvor einfache fibröse Polypen aus demselben Uterus entfernt worden. Er bezeichnet die Neubildung als Perithelioma.

Rixford (39) hat Statistiken zusammengestellt über die Häufigkeit des Uterussarkoms im Vergleich zum Uteruskarzinom.

Übrigens sind in diesem Jahre von den **histologisch selteneren Formen** u. a. noch publiziert worden: Ein Fall von Fibroxanthosarkom bei einer 29jährigen Frau; es sass retroperitoneal und hatte von hier aus auf die benachbarten Organe übergegriffen [Dietrich (10)]; ein Myxosarkoma [Kolde (20)]; ein Adenochondrosarkom [Murray and Littler (cf. „Sonstiges“ 23)]; ein Melanosarkom [Offergeld (33)]. Auch Hirt (18) und Sielmann (47) fanden retroperitoneale Sarkome. Nijhoff (32) entfernte bei einer 30jährigen Frau ein Riesenzellensarkom; nach drei Monaten hatte sie bereits zahlreiche Metastasen. Stewart (49) hat eine Arbeit über die Malignität der Riesenzellensarkome verfasst. Rundzellensarkome werden von Marsh (29; ausgehend vom Endometrium) und Stumpf (50; Verbreitung der Geschwulstzellen auf dem Lymphwege), polymorphzellige Sarkome von Marshall (30), Rodler-Zipkin (40) und Schach-Asis (42), ein Spindelzellensarkom von

Costantini (8) und Zacherl (54) beschrieben. Rosenfeld (41) fand ein Spindelzellensarkom des Ligamentum latum, ausgehend entweder von Resten der Urniere oder von den Fasern des Ligaments. Im Falle Rodler-Zipkins (40) waren Sarkommetastasen im Ligamentum latum zu finden. Peine (36) hat in seiner Dissertation zwei Fälle von primärem Wandungssarkom der Portio vaginalis kombiniert mit doppelseitigen metastatischen Ovarialsarkomen, bearbeitet. Patek (35) beschreibt einen Fall von primärem Sarkom des Dünndarmes, Kondring (21) ein primäres Kystosarkom des Magens. Haymann (16) hat ein Sarkom in der Schwangerschaft beobachtet. Nach Totalexstirpation ist die Frau jetzt über $2^1/_2$ Jahren rezidivfrei. Offergeld (33) beschreibt an der Hand eines Falles multiple primäre Sarkome, zum Teil ausgehend von pigmentierten Nävi. Manche gingen nach der operativen Entfernung der Haupttumoren spontan zurück. Patientin ging aber trotzdem in kurzer Zeit an Metastasen zugrunde.

Die im Kapitel „Karzinome" abgehandelten **diagnostischen Reaktionen** auf maligne Tumoren sind fast ohne Ausnahme auch bei Sarkomen angewandt worden. Fried (cf. „Karzinome", 117) hatte mit der Abderhaldenschen Reaktion bei 33 Sarkomen 32 positive und einen negativen Ausfall; die Sera von acht sicher nicht Karzinomkranken reagierten viermal positiv und viermal negativ. Gambarow (cf. „Karzinome", 120) fand, dass Serum von Karzinomträgern nur Karzinomeiweiss abbaute und niemals Sarkomgewebe. Umgekehrt gab Serum von Sarkomkranken mit Karzinomgewebe immer negative, mit Sarkomeiweiss stets positive Reaktion. In Halperns Untersuchungen (cf. „Karzinome", 146) bauten 5 von 19 Sarkomseren Sarkomgewebe ab.

Davis (cf. „Karzinome", 85) fand eine Urinprobe auf Gallensäuren und Farbbestandteile positiv bei allen untersuchten Sarkomkranken und in Gegenwart von Blutfarbstoffen im Urin. Er empfiehlt diese Methode zur Frühdiagnose in okkulten Fällen.

Pesharskaja (37) konnte bei Sarkomen und weichen Karzinomen einen übernormalen Peroxydasengehalt feststellen. Da derselbe aber sehr wechselt, hat die Reaktion keine grosse Bedeutung. Damit stimmt überein, dass Zykow (cf. „Karzinome", 392) Sarkome fand an Stellen mit erhöhter Oxydation, dagegen Karzinome an Stelle geschwächter Oxydation.

Nach Konikow (cf. „Karzinome", 186) sinkt die Alkaleszenz des Blutes bei Sarkomkranken bedeutend. Der Grad der Verminderung hängt ab von dem Allgemeinzustand der Patienten; je herabgekommener sie sind, je niedriger die Alkaleszenz.

Jaffé (19a) hat bei Sarkomkranken eine deutliche Verzögerung der Blutgerinnung feststellen können und misst dieser Erscheinung sogar diagnostischen Wert bei.

Auch in der **Therapie** der Sarkome hat die Strahlenbehandlung festen Boden gewonnen.

Durch **Röntgenbestrahlung** konnte Hölder (cf. „Röntgentherapie der Karzinome" 22) bei vorgeschrittenen Sarkomen in der Mehrzahl der Fälle deutliche Hebung des Allgemeinbefindens feststellen. Levy-Dorn (24) berichtet über Heilung von Sarkomen durch Röntgenbestrahlung in drei Fällen, von denen zwei bereits sieben Jahre in Beobachtung sind (nichtgynäkologische Fälle). Sielmann (47 und „Röntgentherapie der Karzinome", Döderlein, 11) hat zwei Fälle von intraperitonealem Sarkom mit gutem Erfolg mit Röntgenstrahlen behandelt. Seeligmann (45) hat ein schweres Rezidiv eines Ovarialsarkoms mit Metastasen in der Wirbelsäule durch kombinierte Röntgen- und Chemotherapie geheilt. Miller (31) hält es nicht für unmöglich, dass auch die Sarkomzellen, ähnlich den Karzinomzellen, durch die Bestrahlung beeinflusst werden. Jedenfalls geht aus vergleichenden Statistiken über die Operationsresultate bei Myomen einerseits und die Frequenz sarkomatöser Degeneration derselben andererseits hervor, dass Operationsbehandlung der Myome aus Furcht vor Sarkom unberechtigt ist. Auch Labeau (23a) teilt gute Resultate von der Röntgenbestrahlung von Sarkomen mit. — Dagegen glaubt Petersen (37a), dass die Erfolge nicht so günstig sind, wie man nach den Publikationen geneigt sein könnte anzunehmen. Auch Hedinger (17) Nur Hedinger (17) hat ein Sarkom sich entwickeln sehen in einem Uterus, der vorher lange Zeit wegen Myom bestrahlt worden war. In diesem Fall hat jedenfalls die Röntgenbehandlung das Wachstum des Sarkoms nicht aufhalten können.

Von der **Radiumbestrahlung** wird von mehreren Autoren behauptet, dass sie bei Sarkomen noch günstiger wirke wie bei Karzinomen. So haben Chéron et Rubens-Duval (cf. „Radiumbehandlung der Karzinome", 24) jetzt drei Fälle von Sarkom seit 1—2 Jahren vollkommen geheilt. G. Hirsch (cf. „Radiumbehandlung der Karzinome", 74) behauptet, dass von allen malignen Neubildungen die Sarkome (und Zystenkarzinome mit papillärem

Bau) am günstigsten beeinflusst werden. Auch J. Hirsch (cf. „Radiumbehandlung der Karzinome", Lazarus, 102) sah immer die deutlichste Wirkung der Bestrahlung bei Sarkomen. Lobenhoffer (26) hat fünf Sarkomfälle (nichtgynäkologischer Art) mit Mesothorium behandelt. Die drei ganz weichen, gefäss- und bindegewebsarmen Rundzellensarkome wurden eklatant günstig beeinflusst. Bei den beiden anderen, einem harten Fibrosarkom und einem Angiosarkom, blieb jedoch jede Wirkung aus. Während Schlesinger (cf. „Radiumbehandlung der Karzinome", 136) sich sonst der Radiumtherapie der malignen Geschwülste sehr pessimistisch gegenüber verhält, meint er doch, dass es keine einzige Sarkomform gebe, die nicht durch Radium in günstiger Weise beeinflusst werden könne.

Lunckenbein (cf. „Karzinome", 224) empfiehlt für inoperable Fälle und zur Verhütung von Rezidiven nach der Operation die Kombination der Strahlentherapie mit der **Autolysatbehandlung,** von der er gute Resultate gesehen hat. Die beste Wirkung bei Sarkomen soll mit dem Autolysat desselben Tumors erzielt werden können.

Caan (5) berichtet über therapeutische Versuche mit **lokaler Thoriumchloridbehandlung** bei Sarkomratten. Intratumorale Applikation. In der Mehrzahl der Fälle trat bereits nach der zweiten bzw. dritten Einspritzung Verflüssigung bzw. Nekrose des Tumors ein. In allen Fällen, welche zur mikroskopischen Untersuchung gelangten, war von Tumorgewebe nichts mehr zu sehen.

Izar und Basile (19) hatten mit **intravenösen Injektionen von kolloidalem Schwefel** bei Rattensarkomen gute Erfolge. Das Mittel wirkt langsam und progressiv; Reaktionserscheinungen fehlen ganz.

Biach und Weltmann (3) und Frankl (13) berichten über den **wachstumshemmenden Einfluss der Milz** auf das Rattensarkom.

Chorionepitheliome.

1. Albrecht, H., Primäres Chorioepitheliom des Ovariums bei einer Virgo. Münchn. gyn. Ges. Sitzg. vom 13. März. (Wird an anderer Stelle, Kap. 7, Ovarien, referiert.)
2. Bassal et D. Clermont, Un cas d'épithéliome ectoplacentaire au début. Arch. génér. de chir. Nr. 4. p. 427—434. (33jährige VIpara. Wegen unregelmässiger starker Blutungen ein Jahr nach Abort Totalexstirpation. Mikroskopisch im Uterus kleiner Plazentarrest, von dem ausgehend ein Tumor vom Bau eines Chorionepithelioms mit starker Wucherung der Langhansschen Zellen, namentlich in die Gefässe. Heilung seit zwei Jahren.)
3. Bazy, L., Carcinome placentaire ou chorio-épithéliome malin de la trompe. Ann. de gyn. et d'obst. 40 Année. Tome 10. p. 208—220. Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris. p. 219. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 23. p. 1118. The Brit. med. Journ. Nr. 2737. June 14. p. 95. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 25. p. 1177. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 23. Nr. 6. p. 413. Revue de gyn. et de chir. abd. Tome 21. Nr. 2. p. 159—160. (Kasuistische Mitteilung. Ausführliche Beschreibung des Falles, sowie des operativen, pathologisch-anatomischen und histologischen Befundes. Erwähnung und kritische Besprechung sämtlicher Fälle aus der Literatur.)
4. Bender, X., et Gruget, Chorio-épithéliome. Soc. anat. de Paris. Séance du 23 Mai. Ref. La Presse méd. Nr. 44. p. 443. (Es war eine Blasenmole vorangegangen; Hysterektomie. Mikroskopisch war die Uteruswand am Fundus bis in die Tiefe von synzytialen Zellmassen infiltriert.)
5. Calderini, G., Gleichzeitiges Vorkommen von Blasenmole mit Zystenentartung der Ovarien und Chorionepitheliom. Geb.-gyn. Ges. d. Emilia u. d. Marcken (Italien). Sitzg. vom 29. Juni. Ref. Lucina, Jg. 18, Nr. 7, p. 97—99. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Heft 5. p. 607. (Kasuistisch.)
6. Cary, E., Chorio-epitelioma: recurrence after three years; invasion of the spinal canal; villi in secondary growth. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 16. Nr. 4. April. p. 362—369. Ref. La sem. méd. Nr. 37. p. 438. Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. Nr. 9. p. 563. (Kasuistisch. 37jährige Frau. Wegen des Chorionepithelioms war vier Monate nach einem Abort in der sechsten Woche die abdominale Totalexstirpation gemacht worden. Drei Jahre später starb Patientin an einem Rückenmarkstumor, vom Bau des ursprünglichen Chorionepithelioms. Metastasen in den Lungen, der Milz, im Diaphragma, der Dura mater usw.)

7. Cope, V. Z., and E. H. Kettle, A case of chorionepithelioma of the Fallopian tube following extra-uterine gestation. Proc. of the Royal Soc. of Med. Nr. 7. May. p. 247 bis 260. (Tod durch Verblutung bei der Operation. Metastasen in Lungen und Leber.)

8. Curtis, F., et O. Oui, Môle disséquante ayant nécessité l'hystérectomie. VII Congrès nat. de gyn., d'obst. et de péd. à Lille. 25—29 Mars. Ref. La Presse méd. Nr. 28. p. 281. Revue de gyn. et de chir. abd. Tome 20. Nr. 4—5. Avril-Mai. p. 524—525. (Im Gegensatz zum Chorionepitheliom wuchert hier nicht vorwiegend das Synzytium, sondern die Langhanssche Zellschicht. Die Ausbreitung findet besonders entlang den Blut- und Lymphgefässen statt. Die Frau hatte sechs Monate nach der letzten Entbindung eine Blasenmole ausgestossen und trotz einer Curettage blutete sie so stark, dass man sich zur abdominalen subtotalen Hysterektomie entschliessen musste. — Makroskopische und mikroskopische Beschreibung des Operationspräparats. Diskussion: Bégouin, Viollet, Proust, Bender und Keiffer.)

9. — — Contribution à l'étude de la mole disséquante on pénétrante. Ann. de gyn. et d'obst. 40 Année. Tome 10. Juillet. p. 398—439. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 45. p. 2539. (Während alle bisher veröffentlichten und histologisch untersuchten (23) Fälle von destruierender oder penetrierender Mole die Ausbreitung der plazentaren Elemente über die ganze Gebärmuttermuskulatur und ihre Tendenz zu vaskulärer Ferninfiltration zeigen, ist die vorliegende Beobachtung, eine 50jährige betreffend, die einzige und erste, wo man rein lokale und völlig umschriebene Veränderungen konstatieren konnte. Verf. behandelt eingehend die Behandlung dieser Erkrankung.)

10. Daels, F.. Contribution à l'étude de l'invasion chorio-épithéliale benigne dans la paroi de l'utérus et des trompes. Acad. de méd. de Belgique. Séance du 22 Févr. Ref. La Presse méd. Nr. 23. p. 228. (Noch zwei bis drei Wochen nach einem Abort sind durch Curettage in der Uteruswand synzytiale und Langhanszellen nachzuweisen. Sie sind für die Diagnose eines vorangegangenen Abortus ebenso wichtig, wie die von Schickele gefundene hyaline Degeneration der Gefässwände der Schleimhaut. Sie verschwinden unter Einfluss der neuerdings von Abderhalden nachgewiesenen Fermente und der Leukozyten, die sich um sie herum anhäufen. Infolge der Verdauung der Plazentaralbumine durch die Abderhaldenschen Fermente entstehen Toxine. Daels fragt sich ab, ob nicht die Eklampsie sich infolge übermässiger chorio-epithelialer Invasion bilden könne.)

11. Edge, F. A., Chorion-epithelioma. Midland Obst. and Gyn. Soc. Meeting on Jan. 7. Ref. The Brit. med. Journ. Nr. 2718. Febr. 1. p. 223. The Lancet. Nr. 4666. Febr 1. p. 320. (Demonstration von makroskopischen und mikroskopischen Präparaten. Swayne glaubt aus eigener Erfahrung, dass dem Chorionepitheliom nicht so oft Blasenmole vorangeht, wie angenommen wird. Er hat einen Fall mit Metastasen in der Lunge beobachtet (blutiges Sputum), der spontan heilte und seit sechs Jahren gesund ist.)

12. Eichhorn, F., Heterotopes Chorionepitheliom in Gehirn und Lungen. Diss. Rostock. Sept. Zeitschr. f. Krebsforsch. Bd. 13. Heft 1. p, 42—62. (Im Uterus war, 10 Wochen post partum, keine Spur einer Geschwulst nachzuweisen. Verf nimmt an, dass die Chorionepithelien, die fötalen Ursprungs sind, als fremde Zellen in den mütterlichen Organismus eingedrungen und in das Gehirn und die Lungen verschleppt worden sind, wo sie günstige Bedingungen für die Geschwulstbildung fanden, während der Uterus der Mutter „für die Weiterentwickelung der Zellen einen geeigneten Boden nicht darbot". Er nimmt dabei eine Verschiedenheit der Disposition zur Geschwulstbildung bei den verschiedenen Organen der Mutter an.)

13. Engström, O., Zur Kenntnis der destruierenden Blasenmole. Mitt. a. d. gyn. Klinik von Engström. 1912. Bd. 10. Heft 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 16. p. 587. (In einem Falle konnte die Entstehung eines reinen Chorionepithelioms in der Scheidenwand im Anschluss an die im Uterus befindliche Blasenmole konstatiert werden. Verf. erörtert weiterhin noch die Verschleppung von Chorionzotten auf dem venösen Wege und die histolytische Einwirkung ihrer ektodermalen Bekleidung auf die neue Umgebung. Eingehende mikroskopische Untersuchungen.)

13a. — Beobachtungen über malignes Chorionepitheliom. Mitt. a. d. gyn. Klinik von Engström. Bd. 10. Heft 3. p. 175—201. (Fünf ausführlich mitgeteilte Krankengeschichten.)

14. Everke, K., Uterus mit doppeltem Choriom. Niederrhein.-westf. Ges. f. Geb. u. Gyn. Sitzg. vom 4. Dez. 1910. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. Heft 2. p. 238.

(Chorionepitheliom bei einer 25jährigen Frau drei Monate nach Abort. Genaue Beschreibung des abdominal exstirpierten Uterus. Patientin starb in der sechsten Woche nach der Operation an einer Embolie. Ein anderer, vor 16 Jahren operierter Fall ist rezidivfrei geblieben; eine vor drei Jahren operierte Frau lebt ebenfalls noch und ist gesund.)

15. Ewing, J., Hodenteratom, Chorioepitheliom in Leber und Lunge und Teratommetastasen in den Lymphdrüsen. Proc. of the New York. path. Soc. Jan. and Febr. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 46. p. 1704. (Sektionsbefund eines 32jährigen Mannes. In der Hodengeschwulst wurden Chorioepitheliomgewebe und harte, zystische Knoten mit Platten- und Zylinderepithel und embryonales Karzinom mit lymphoidem Stroma gefunden.)

16. Fischer, B., Primäres Chorionepitheliom der Leber. Frankf. Zeitschr. f. Path. Bd. 12. Heft 3. p. 462—480. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 20. p. 933. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 26. p. 1450. (Makroskopisch einem Angioendotheliom völlig gleichend, ergab die mikroskopische Untersuchung grosse epitheliale Zellen, Riesenzellen und Synzytien. Abgesehen von einem Tumorknoten im Pankreas fanden sich alle übrigen Organe frei von Geschwulstbildung. Hinsichtlich der Genese bestehen zwei Möglichkeiten: primäres Teratom der Leber mit einseitiger Entwickelung von Chorionepithel oder Verschleppung von Chorionzotten bei der Gravidität (vor $1^1/_2$ Jahren) und Ansiedelung in der Leber. Verf. nimmt das letztere an.)

16a. Frankl, O., Drei wegen malignem Chorionepitheliom operierte Kranke. Geb.-gyn. Ges. in Wien. Sitzg. vom 11. Nov. Ref. Wiener klin. Wochenschr. 1914. Nr. 14. p. 690. (Genese dieser Tumoren und diesbezügliche serologische Untersuchungen.)

17. Hahn, H., Über ein Chorionepitheliom beim Manne. Diss. Giessen. Jan.

17a. Hartshorn, W. M., Report on a case of chorionepithelioma. Amer. Journ. of Obst. Vol. 67. Nr. 5. p. 990—994. (Chorionepitheliom im Anschluss an eine normale Entbindung. Tod an Lungenmetastasen nach abdominaler Totalexstirpation mit Resektion des linken Ureters infolge Metastasen in seinem Verlauf.)

18. Hedinger, E., Malignes typisches Chorionepitheliom bei einem 23jährigen Manne. Med. Ges. in Basel. Sitzg. vom 23. Jan. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 10. p. 488. (Der Patient war unter Erscheinungen schwerster Kachexie und hochgradigen Ikterus gestorben. Bei der Autopsie fand man in beiden Nieren, der Leber und in den Lungen reichlich 1—4 cm messende, stark durchblutete Tumorknoten, die bei der mikroskopischen Untersuchung sich als typische Chorionepitheliome erwiesen. Der Ausgangspunkt der Geschwülste ist nicht klar, da die Autopsie nur partiell ausgeführt wurde und namentlich die Untersuchung der Hoden nicht vorgenommen wurde. Klinisch soll kein Anhaltspunkt für eine Hodenerkrankung vorgelegen haben.)

19. Heimann, F., Weitere Beiträge zur Klinik und Histologie des Chorioepithelioms. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 74. Heft 2/3. p. 600—610. (Fortsetzung einer in Bd. 68 der Zeitschrift publizierten Arbeit (cf. diesen Jahresbericht, Bd. 25. „Chorionepitheliome", Nr. 9). Zwei Fälle von malignen, rein oder vorwiegend synzytialen, krebsartig in die Muskulatur vordringenden Epitheliomen, die sich an eine Blasenmole anschlossen und ausserordentlich rasch durch Blutungen und Metastasierung zum Tode führten.)

20. Hicks, H., T. Two specimens of chorion-epithelioma occurring after pregnancy at full term. Midland Obst. and Gyn. Soc. Meeting in Derby on Dec. 2. Ref. The Brit. med. Journ. 1914. Nr. 2766. Jan. 3. p. 29. The Lancet. 1914. Nr. 4714. Jan. 3. p. 30. (Die eine Patientin war drei Monate nach der Entbindung an Metastasen in Lunge, Leber, Nieren usw. zugrunde gegangen. Primärtumor nussgross in der Uteruswand nahe der linken Tube. Patientin hatte nach der Entbindung und im Wochenbett nie viel Blut verloren. Die Diagnose wurde mikroskopisch festgestellt. — Die zweite Patientin hatte im Monat nach der Entbindung immer stark geblutet. Der Uterus musste entfernt werden: war ganz angefüllt von der Tumormasse und vergrössert wie im zweiten Graviditätsmonat. Metastase in der vorderen Vaginalwand. Neun Monate später war Patientin noch vollkommen wohl.)

21. Huguier, A., et M. Lorrain, Chorio-épithéliomes de la trompe et de l'utérus. Soc. anat. de Paris. Séance du 4 Juillet. Ref. Bull. et mém. de la Soc. anat. de Paris. Tome 88. Nr. 7 p. 343—346. Ann. de gyn. et d'obst. 1914. Tome 11. Mars. p. 165—168. (3 Abb.) La Presse méd. Nr. 56. p. 569. The Brit. med. Journ. Nr. 2753. Oct. 4. Ep. of curr. med. litt. p. 43. (Kasuistisch. Zwei verschiedene Fälle. Das Chorionepitheliom der Tube wurde

für eine Extrauterinschwangerschaft von $3^1/_2$ Monaten gehalten. Hysterektomie. Patientin hat anscheinend jetzt nach einem Monat schon Metastasen. Im zweiten Falle ist die ganze Cervix von der Neubildung zerstört, die ebenfalls schon die Wand des Korpus ergriffen hat und das Becken zum Teil ausfüllt. Die 29jährige Frau wurde vor etwa $1^1/_2$ Jahren zum letztenmal entbunden und seitdem zweimal wegen Blutungen curettiert, weil man glaubte, dass Plazentareste zurückgeblieben wären. Wegen wiederholter äusserst starker Blutung Hysterektomie in extremis; Tod nach zwei Stunden.)

22. Kedrierski, A., Ein Fall von Chorioepitheliom nach rechtzeitiger Geburt. Gaz. lekarska. 1912. Nr. 39. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 16. p. 586. (21jährige IIpara erkrankt acht Monate nach der zweiten normalen Entbindung unter den Erscheinungen einer Sepsis unbekannten Ursprunges mit Paraplegie beider Beine und stirbt am 10. Tage. Bei der Sektion finden sich im Rückenmark wie in Leber, Lungen und Ovarien zahlreiche rotviolette Tumoren, die alle das histologische Bild eines malignen Chorionepithelioms zeigen. Uterus und Vagina zeigten keine Veränderungen.)

22a. Kinyon, C. B., Chorioepithelioma. Intern. Journ. of Surg. Vol. 26. Nr. 7. p. 243 bis 248 u. Nr. 8. p. 285—288. (Bei Pflanzen wird das Analogon des Chorioepithelioms durch Bakterien hervorgerufen; auch beim Menschen hält Verf. diese Tumorbildung bakteriellen Ursprungs. Die Infektion sei intra partum und im Wochenbett leicht möglich. — Drei Krankengeschichten.)

23. Klein, G., Über maligne Ovarialtumoren mit chorionähnlicher Funktion des Epithels. Münchn. gyn. Ges. Sitzg. vom 13. März. (Wird an anderer Stelle, Kap. 7, Ovarien, referiert.)

24. Kupferberg, H., Demonstration eines per vaginam totalexstirpierten Uterus wegen Chorionepitheliom post abortum. Ärztl. Kreisverein Mainz. Sitzg. vom 14. Jan. Mittelrhein. Ges. f. Geb. u. Gyn. Sitzg. vom 16. Febr. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 28. p. 1575. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Erg.-Heft. p. 402.

25. Lutterloh, B., Über einen Fall von Chorionepithelioma malignum. Diss. Berlin. August.

26. Marcora, Ein Fall von malignem Chorionepitheliom beim Manne. Il Policlinico. 1912. Nr. 10. (Hodentumor mit der typischen Struktur eines fötalen Chorionepithelioms.)

27. Mayer, L., Chorio-épithéliome. Soc. d'anat. pathol. de Bruxelles. Séance du 5 Juin. Ref. La Presse méd. Nr. 56. p. 571. (Die 28jährige Patientin wurde im Laufe von acht Jahren siebenmal vom Vortragenden wegen Aborts curettiert. Die achte Schwangerschaft vor zwei Jahren ging aus in einer Frühgeburt im siebenten Monat; jetzt wurde wegen Verdacht auf Extrauterinschwangerschaft laparotomiert: der Uterus war vergrössert, beiderseits Pyosalpinx. Hysterektomie. Beim Aufschneiden findet sich im Uterus ein Chorioepitheliom mit starker epithelialer Wucherung in die Gefässe hinein. Derartige Tumoren nennt man jetzt auch malignes Epitheliom, plazentares oder choriales Karzinom, oder Deciduoma malignum. Rezidiv nach Hysterektomie scheint nicht häufig zu sein.)

28. Mc Ilroy, A. L., A case of chorionepithelioma. Glasgow med.-chir. Soc. Meeting on Nov. 28. Ref. The Brit. med. Journ. Nr. 2764. p. 1587. (30jährige Frau, wegen inkompletten Abortus curettiert. Diagnose mikroskopisch festgestellt Panhysterektomie Heilung.)

29. Mendels, W., Chorionepitheliom nach Molaschwangerschaft. Ned. Tijdschr. v. Verl. en Gyn. Bd. 23. Heft 1. p. 86 (Uterus mit malignem Chorioepitheliom von einer 52jährigen Frau, die ein halbes Jahr zuvor eine Molaschwangerschaft durchgemacht hatte und seitdem blutete.) (Mendes de Leon.)

30. Meyer-Ruegg, H., Ein besonderer Fall von Chorionepitheliom. Gyn. Helvetica. 13. Jahrg. Herbstausg. p. 308—313. (Chorionepitheliom nach Abort mit Metastase in der Scheidenwand. Der Originaltumor hat im Uterus einen schlechten Nährboden gefunden und ist im Begriff, spontan unterzugehen.)

31. Michel, G., Un cas de chorio-épithéliome. Soc. obst. et gyn. de Nancy. Séance du 14 Mars. Ref. Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. 2 Année. Nr. 4. Avril. p. 385 bis 390. (Letzte Schwangerschaft — Abortus — vor zwei Jahren. Symptom ganz plötzlich auftretende heftige Blutung. Vaginale Uterusexstirpation. Vortragender bespricht das Symptom der Blutung. Einzige Therapie ist die Uterusexstirpation; bleibt noch die Gefahr der Metastase. Diskussion: Vautrin, Sencert, Herrgott, Spire.)

32. Müller, G., Histogenese und Pathogenie des Chorionepithelioms. Casopis ceskych lékarno. 1912. Nr. 4—9. (Böhmisch.) Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 16. p. 587. (Eingehendes mikroskopisches Studium eigener Fälle.)

33. Nagy, T., A rosizindulatá chorionepitheliomáról. Orvosi Hetilap. Gyn. Nr. 3—4. (Die Arbeit über Chorionepithelioma malignum ist deutsch im Arch. f. Gyn., Bd. 100, Heft 2 erschienen. cf. Nr. 34.) (Temesváry.)

34. — Über maligne Entartung der Epithelien primär verschleppter Chorionzotten. Beitrag zur Frage des malignen Chorionepithelioms. Arch. f Gyn. Bd. 100 Heft 2. p. 430 bis 445. (Da die fötalen Epithelien normalerweise tief in das mütterliche Gewebe eindringen und dort auch destruktive Vorgänge hervorrufen können, ist es oft schwierig, bei der mikroskopischen Untersuchung von Curettements zu unterscheiden, ob es sich noch um physiologische Veränderungen oder um ein beginnendes Chorionepitheliom handelt. Verf. stellte in einem Falle letztere Diagnose, trotzdem das Curettement nur ganz geringe Bröckel ergeben hatte und nach demselben die Blutungen völlig sistierten. An dem vaginal exstirpierten Uterus erwies sich die Schleimhaut völlig normal; aber in der Muskulatur fanden sich zwei Knoten von Chorionepitheliom; der eine war aus einer verschleppten Zotte primär am Ort der Verschleppung, nicht durch Metastasierung von dem anderen Knoten aus, entstanden. — Drei farbige mikroskopische Bilder auf einer Tafel.)

34a. Oria, J. H., Chorionepitheliom. Bol. de Cirugia, Santander. Jahrg. 3. Nr. 3. p. 66—78. (Spanisch.) (Neun Monate nach Ausräumung einer Blasenmole Abortus, gefolgt von schweren Blutungen. Uterusexstirpation. 30 Tage später Exitus durch Organmetastasen. Beschreibung der makroskopischen und mikroskopischen Präparate.)

35. Paltauf, R., Chorioepitheliom der Leber. K. k. Ges. d. Ärzte in Wien. Sitzg. vom 25. April. Ref. Wiener med. Wochenschr. Nr. 19. p. 1199. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 18. p. 729. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 19. p. 1069. (Das Präparat stammt von einer 61 Jahre alten Frau, welche Lebertumoren hatte, die den Anschein von Echinococcus boten. Bei der Probelaparotomie wurden aber keine Echinokokken gefunden. Patientin starb bald an Anämie. Bei der Obduktion fanden sich in der grossen Leber zahlreiche eingelagerte Tumoren mit einer hämorrhagischen Peripherie und fibrinähnlichen Massen im Zentrum. Die mikroskopische Untersuchung ergab Chorionepitheliom. Da die Frau vor 22 Jahren entbunden hatte, so müssen die Chorionzellen viele Jahre latent geblieben und erst später in Wucherung geraten sein. Von langer Latenzzeit des Chorionepithelioms sind mehrere Fälle bekannt. Das Blutserum der Kranken ergab die Abderhaldensche Probe auf Karzinom negativ; dagegen reagierte Schwangerenserum auf das Tumorgewebe stark positiv.)

36. Pestalozza, E., Das Chorionepitheliom. Ital. Ges. f. Geb. u. Gyn. 18. Sitzg. in Rom. 18.—20. Dez. Ref. Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. 1914. Nr. 1. p. 58—62. (Biologie und Klinik dieser malignen Neubildung. Nichts Neues. Die Wucherung kann spontan zum Stillstand kommen und verschwinden.)

37. Polano, O., Über maligne Chorionepitheliome mit langer Latenzzeit. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 75. Heft 1. p. 149—156. (Kasuistisch. 52jährige Frau mit malignem atypischem Chorionepitheliom der Scheide, bei der die letzte Geburt 10 Jahre zurücklag. Uterus völlig normal. Fötale Elemente können sich also im weiblichen Organismus lebensfähig erhalten, sind nicht als „körperfremd" aufgelöst worden und werden eventuell durch Umstimmungen des mütterlichen Organismus (Klimakterium) zu virulenten, d h. malignen Geschwulstelementen umgeformt.)

38. Pollosson, A., et H. Violet, Etude sur 6 cas de chorio-épithéliomes malins. Lyon chir. Tome 9. Nr. 3. Mars. p. 233—255. Ref. La sem. méd. Nr. 21. p. 243. La Presse méd. Nr. 87. p. 875. (Genaues pathologisch-anatomisches und histologisches Studium der Präparate [5 Fig. und 1. Tafel].)

39. — — Etude clinique sur le chorio-épithéliome malin. VII Congrès de gyn., d'obst. et de péd. à Lille. 25—29 Mars. Ref. La Presse méd. Nr. 28. p. 280. Paris médical. Nr. 22. p. 1011. La Gyn. Nr. 4. p. 240—246. Als Original erschienen in Annal. de gyn. et d'obst. Tome 10. Mai. p. 257—279. Revue de gyn. et de chir. abd. Tome 20. Nr. 4—5. Avril-Mai. p. 455—492. Ref. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 24. Nr. 2. August. p. 114. (Sehr ausführliche zusammenstellende Studie über 455 Fälle. Als Resultat der Rat, möglichst früh zu operieren, auch dort, wo nicht alles Tumorgewebe entfernt werden kann, da auch dann noch Heilungen beobachtet worden sind. Die Diagnose kann sehr schwer sein; in einem Falle lag die letzte Gra-

vidität 31 Jahre zurück, in zwei Fällen war bereits Menopause eingetreten. Die — besonders nach Blasenmole — auftretenden polyzystischen Ovarialtumoren können vernachlässigt werden, wenn sie nicht metastatischer Natur sind, was makroskopisch in operatione leicht zu entscheiden ist. Auf die etwas gesonderte und anscheinend prognostisch noch schlechtere Stellung der primären Tubenchorioepitheliome sind die Verff. nicht eingegangen. In der Diskussion hebt Wallich die Bedeutung der decidualen Reaktion als Zeichen des Widerstandes des mütterlichen Organismus gegen die embryonale Invasion hervor. Diskussion: Wallich, Bégouin, Pinard und Keiffer.)

40. Poso, P., L' epitelioma coriale dell' utero. Saggio di critica e contributo di osservazioni. Arch. di Ost. e Gin. Serie 2. Vol. 3. p. 629—1002. con 9 Tav. cromolitog. e Cip. A. Cocco, via del Grande Archivio. 1. 1912. Napoli. (In der vorliegenden Arbeit, die mit einer früheren über die Infiltration des Chorions in die Uteruswand (s. Bericht über 1900, p. 368) innig zusammenhängt, unterzieht Verf. den grössten Teil der Fälle der Chorionepitheliome des Uterus einer gründlichen Revision, und beweist, dass viele derselben keine echte Chorionblastome sind, dass für manche andere die angenommene Abhängigkeit des Tumors von einer Blasenmole unbegründet ist, und dass die allgemein gebräuchliche Einteilung der Chorionepitheliome von Marchand kaum aufrecht zu erhalten ist. Verf. setzt dann seine eigenen Beobachtungen auseinander und sucht durch eine strenge Kritik die Richtigkeit der Diagnose für jeden Fall zu begründen. Die histologische Beschreibung wird durch viele Figuren erleichtert und verständlicher gemacht. Verf. kommt hierüei zu folgenden Ergebnissen: Das Chorionepitheliom ist stets als ein malignes Blastom zu betrachten, das ausschliesslich aus Abkömmlingen des Chorionepithels zusammengesetzt sein muss. Das blastomatöse Parenchym hat morphologisch und biologisch ausgesprochene anaplastische Merkmale, wodurch die Möglichkeit immer vorhanden ist, durch eine sorgfältige anatomisch-pathologische Untersuchung das Chorionblastom von anderen Gebilden zu unterscheiden, hauptsächlich von den verschiedenen Formen der Infiltration des Chorions. Der Tumor kann, wie übrigens auch alle malignen Geschwülste, auf die umliegenden Gewebe übergreifen und durch echte Metastasen in dem ganzen Körper sich verbreiten. Mola hydatidosa, einfach oder infiltrierend, und Chorionblastom sind zwei ganz verschiedene Krankheiten, von welchem Standpunkte aus (morphologisch, pathogenetisch, klinisch) man sie auch immer betrachten möge. Zwischen der einen und der anderen existieren überhaupt keine Übergangsformen, und die Annahme eines malignen und benignen Chorionepithelioms beruht auf einer falschen Auffassung der Krankheit. Was die Klinik des Chorionblastoms des Uterus anbelangt, fand Verf., dass dasselbe häufiger in der Akme der Fertilität des Weibes (30—31 Jahren) und nach Abort oder Geburt vorkommt, dass es einen kurzen, ungefähr sechsmonatlichen klinischen Verlauf hat, und dass es grösstenteils mit dem Tode der Patientin endet. Ausserordentlich selten ist dauernde Genesung nach radikaler Operation und die meisten der sog. Spontanheilungen beruhen auf falscher Diagnose.) (P. Poso.)

40a. — Un caso di mola vescicolare infiltrante ed uno di epitelioma coriale dell' utero. Atti della Soc. ital. di Ost. e Gin. Vol. 17. p. 215—234.

40b. — Nuova contribuzione alla conoscenza dell' infiltrazione eteromorfa del corion ovulare nella parete dell' utero. Atti della R. Accad. med.-chir. di Napoli. Anno 67. p. 113—136. (Verf. beschreibt einen zweiten Fall von „heteromorpher Infiltration" des Chorions" in die Uteruswand. Ein ähnlicher Fall wurde schon früher von ihm beschrieben und illustriert (s. Bericht über 1910, p. 369). Die Krankheit besteht in der Infiltration von amorphen, gefässlosen Chorionmassen in die Blutsinus des Eibettes. Sie kann bis zur Usur der Uteruswand vorschreiten, während durch Verschleppung von Choriongewebe in verschiedensten Gegenden des Uteruskörpers eigentümliche nekrotisch-haemorrhagische Herde entstehen. Diese Beobachtung ist von besonderer Wichtigkeit, weil durch eine massenhafte Verbreitung von Chorionfragmenten durch den Blutstrom eigentümliche multiple interstitielle knotenartige Gebilde im Uterus entstanden waren, wie sie bis jetzt noch nie beschrieben sind, und weil in den meisten embolischen Herden das Chorionepithel fast vollständig nekrotisch war und als einzige Indizien des Prozesses die Inseln von Mesoderm übrig geblieben waren. Der Uterus kam mehrere Monate nach dem Beginn der Symptome zur Untersuchung, wodurch der Fall eine willkommene Bestätigung und Ergänzung des ersten darstellt.

Durch Hysterektomie vag. wurde Infektion und Hämorrhagie beseitigt. Patientin lebte noch nach fast zwei Jahren und ist gesund.) (P. Poso.)

41. Proust, R., et X. Bender, Etude anatomo-pathologique et pathogénique sur le chorio-épithéliome malin. VII Congrès national de gyn., d'obst. et de péd. 25—29 Mars. à Lille. Ref. Ann. de gyn. et d'obst. 40 Année. Tome 10. p. 231—245. La Presse méd. Nr. 28. p. 279. La Gyn. Nr. 4. p. 234—240. Als Original erschienen in Revue de gyn. et de chir. abd. Tome 20. Nr. 4—5. p. 401—454. Ref. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 24. Nr. 2. August. p 114. (Die Abhandlung umfasst die gesamte Literatur über diese Erkrankung und berücksichtigt auch die Veränderungen des Ovariums, die Metastasen, die Chorioepitheliome der Tube und der anderen Nicht-Genitalorgane.)

42. Pusinich, G., Contributo allo studi delle alterazioni ovariche nella mola e nel corionepitelioma. Mattei et C., éditeurs. Pavie. Folia Gyn. Vol. 7. Nr. 3. Ref. Annales de gyn. et d'obst. Tome 10. Août. p. 494. The Amer. Journ, of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 68. Nr. 427. July. p. 144. (Anatomische Studie der zystischen Veränderungen der Ovarien nach Blasenmole und Chorionepitheliom. Mitteilung eines Falles grosser Zysten atretischer Follikel (luteinico-folliculare) beider Ovarien nach Blasenmole. Diese sind eine häufige Begleiterscheinung aller hyperämischen Prozesse der Genitalien und unterscheiden sich von denen nach Mole oder Chorionepitheliom nicht wesentlich. Ob sie operativ angegriffen werden müssen, ist von ihren klinischen Erscheinungen abhängig.)

43. Ries, E., Chorionic villi in the uterine wall eighteen years after the last pregnancy. Amer. Journ. of Obst. Vol. 67. March. p. 433—443. Ref. La sem. méd. Nr. 33. p. 393. (45jährige Frau. In der Vene eines myomatösen Uterus wurde ein zunächst wie ein hyaliner Thrombus aussehendes Gebilde gefunden, das aber aus hyalin bzw. fibrös degenerierten Zotten bestand. Patientin war vor 18 Jahren zum letzten Male schwanger. Die Pathogenese des malignen Chorionepithelioms bei vorangegangener oder fehlender früherer Gravidität wird eingehend besprochen. — Mikrophotogramme.)

44. Sfakianakis, J., Uteruskarzinom (Chorionepitheliom) im Anschluss an eine Blasenmole. Diss. Berlin. Mai. (Berlin, Ebering. 21 Seiten. (Verf. vertritt den Standpunkt Nagels, dass eine Beziehung der Tumorzellen zu Schwangerschaftsprodukten fötalen oder mütterlichen Ursprungs nicht besteht und das Chorionepitheliom als Karzinom aufzufassen ist, dessen Ausgangspunkt im Epithel der Oberfläche oder der Drüsen des Endometriums zu suchen ist. Der Tumor soll schon vor Eintreten der Schwangerschaft bestanden haben.)

45. Swayne, W. C., Chorion-epithelioma. Midland Obst. and Gyn. Soc. Meeting on Dec. 2. Ref. The Lancet. 1914. Nr. 4714. Jan. 3. p. 30. (In einem Falle hatte wiederholt Hämoptoe vor der Operation stattgefunden, so dass an Lungenmetastasen gedacht wurde. Diese haben sich jedoch nach der Operation niemals wiederholt und Patientin ist seit Jahren vollkommen gesund. Diese Metastasen scheinen spontan zurückgehen zu können.)

46. Timofejew, A. J., Über gutartige Wucherungen des Chorionepithels. Journ. f. Geb. u. Gyn. 1912. p. 681. (Russisch.) Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 16. p. 587. (Es wurde zwei Monate nach einem Abort bei einer an Sepsis gestorbenen Patientin ein benigner Chorionepitheliomknoten in der Tubenecke und eine Metastase desselben in der Vagina gefunden. Beide Tumorknoten zeigten deutliche regressiv-atrophische Erscheinungen der fötalen Elemente.)

46a. Tirumurti, T. S., A case of chorion-epithelioma of retained testis with multiple metastatic growths. Practitioner. Vol. 90. Nr. 5. p. 814—824. (Typisches Chorionepitheliom des ektopischen rechten Hodens eines 35jährigen Mannes mit zahlreichen Metastasen in anderen Körperorganen.)

47. Wallace, A. J., Three cases of chorion-epithelioma. North of England Obst. and Gyn. Soc. Meeting on Jan. 17. Ref. The Brit. med. Journ. Nr. 2718. Febr. 1. p. 225. (Kasuistisch.)

48. Whitehouse, H. Beckwith A case of Chorionepithelioma. Midland Obst. and Gyn. Soc. Meeting on Dec. 2. Ref. The Lancet. 1914. Nr. 4714. Jan. 3. p. 30. (Wurde erst durch die Operation erkannt, welche durch ernste intraperitoneale Blutung erfordert wurde. Die blutende Stelle sass in der linken Mesosalpinx und Ursache war die Erosion einer Vene durch embolische Ablagerungen. Uterine Blutungen hatten nie stattgefunden.)

49. Wilson, Th., Chorionepithelioma following hydatiform mole and giving rise to intraperitoneal haemorrhage from an extension in the right mesosalpinx. Proc. of the Royal Soc. of Med. Nr. 7. May. p. 224—228. (Heilung nach Uterusexstirpation.)
50. Zacher, P., Choreonepithelioma malignum esete. Aus der Sitzg. d. Siebenbürger Museumvereins am 14. Dez. 1912. Ref. Orvosi Hetilap. Nr. 5. (Bericht über einen Fall von Chorionepitheliom nach Abort.) (Temesváry.)

In diesem Jahre sind in mehreren Sprachen **Monographien** und grössere **zusammenfassende Arbeiten** über das Chorionepitheliom erschienen. So u. a. deutsch von Engström (13), Meyer-Ruegg (30) und Nagy (34), französisch von Pollosson et Violet (39) und Proust et Bender (41); italienisch von Pestalozza (36), Poso (40) und Pusinich (42); ungarisch von Nagy (33) und böhmisch von G. Müller (32).

Ausser in den soeben genannten grösseren Arbeiten sind **histologische Untersuchungsbefunde** natürlich auch noch vereinzelt in kasuistischen Veröffentlichungen zu finden. Bassal et Clermont (2) fanden in einem wegen unregelmässiger starker Blutungen ein Jahr nach Abort totalexstirpierten Uterus einen kleinen Plazentarrest, von dem ein Tumor vom Bau eines Chorionepithelioms mit starker Wucherung der Langhansschen Zellen (namentlich in die Gefässe) ausging. Curtis et Oui (9) beschreiben ebenfalls einen Fall von „destruierender Blasenmole", die sich durch die Wucherung der Langhansschen Zellschicht unterscheiden soll von dem richtigen Chorionepitheliom, bei dem das infiltrierende Wachstum der synzytialen Elemente in den Vordergrund tritt. Ausserdem soll an dem Falle sehr selten sein, dass die Ausbreitung der plazentaren Elemente nicht über die ganze Gebärmuttermuskulatur stattgefunden hat, sondern lokal und völlig umschrieben geblieben ist. Engström (13) konnte in einem Falle die Entstehung eines reinen Chorionepithelioms in der Scheidenwand im Anschluss an die im Uterus befindliche Blasenmole konstatieren. Er erörtert weiterhin die Verschleppung von Chorionzotten auf dem venösen Wege und die histolytische Einwirkung ihrer ektodermalen Bekleidung auf die neue Umgebung. Heimann (19) teilt zwei Fälle mit von malignen, rein oder vorwiegend synzytialen, krebsartig in die Muskulatur vordringenden Epitheliomen, die sich an eine Blasenmole anschlossen und ausserordentlich rasch durch Blutungen und Metastasierung zum Tode führten. Auch Pollosson et Violet (38) haben ausser ihrer grösseren Arbeit noch an anderer Stelle ausführliche histologische Befunde an sechs Fällen von malignen Chorionepitheliomen mitgeteilt.

Kinyon (22a) hält sie für **bakteriellen Ursprungs.** Die Infektion sei intra partum und im Wochenbett leicht möglich. Bei Pflanzen fand er eine analoge Tumorbildung durch Bakterien hervorgerufen.

Chorionepitheliome kommen jedoch nicht nur nach Blasenmole, Abort und ausgetragener Schwangerschaft, sondern auch ohne Zusammenhang mit einer Gravidität vor.

Ausser den soeben genannten sind noch Fälle von Chorionepitheliom **nach Blasenmole** publiziert worden von Bender et Gruget (4), Calderini (5), Edge (11), Mendels (29), Sfakianakis (44), Wilson (49) u. a.

Folgende Autoren haben Chorionepitheliom **nach Abort** auftreten sehen: Bassal et Clermont (2), Cary (6), Everke (14), Kupferberg (24), Mc Ilroy (28). Michel (31), Timofejew (46), Zacher (50) u. a.

Auch **im Anschluss an eine ausgetragene Schwangerschaft** und normale Entbindung ist ein Chorionepitheliom nicht so sehr selten, wie die zahlreichen veröffentlichten Fälle von Eichhorn (12; im Uterus selbst war keine Spur von Chorionepitheliom nachzuweisen), Hartshorn (17a), Hicks (20; zwei Fälle), Huguier et Lorrain (21), Kedrierski (22; zahlreiche Metastasen; im Uterus und der Vagina keine Veränderungen) und Mayer (27) beweisen.

Auch **primäres Chorionepitheliom der Tube** kommt vor. Cope and Kettle (7) beschreiben einen solchen Fall im Anschluss an eine Extrauteringravidität Bazy (3; Literatur), Huguier et Lorrain (21) und Proust et Bender (41) teilen ebenfalls Fälle mit Pollosson et Violet (39) halten die primären Chorionepitheliome für prognostisch schlechter wie die gewöhnlichen Chorionepitheliome des Uterus.

Albrecht (1) und Klein (23) machen Mitteilungen über **primäres Chorionepitheliom des Ovariums.** Der Fall Albrechts betraf eine Virgo.

Aber nicht nur ohne Verband mit Schwangerschaft, sondern auch **bei Männern** können Chorionepitheliome auftreten. Sie scheinen sehr maligne zu sein, machen rasch und zahlreiche Metastasen und haben ihren Primärsitz meist in einem Hodenteratom. Ewing

(15) konnte einen solchen Verbreitungsweg nachweisen. Hahn (17) hat einen Fall von Chorionepitheliom beim Manne zu einer Dissertation verarbeitet. Hedinger (18) fand bei einem unter Erscheinungen schwerster Kachexie und hochgradigem Ikterus gestorbenen Manne Metastasen aus mikroskopisch typischem Chorionepitheliomgewebe in Leber, Nieren und Lungen. Der Ausgangspunkt derselben konnte nicht nachgewiesen werden. Marcora (26) und Tirumurti (46a) teilen Fälle von Hodentumor mit, bei denen die typische Struktur eines fötalen Chorionepithelioms gefunden wurde.

Die **Diagnose** des Chorionepithelioms macht meist keine Schwierigkeiten, besonders nicht, wenn durch eine vorangegangene Blasenmole die Andacht auf ihm hingelenkt wird. Allmann (cf. „Karzinome“, 10) und Paltauf (35) haben mit dem Serum einer Chorionepitheliomträgerin die **Abderhaldensche Reaktion** angestellt. Dasselbe reagierte auf Karzinom negativ. Dagegen ergab Schwangerenserum mit dem Tumorgewebe eine stark positive, Karzinom- und Normalserum eine negative Reaktion. — Auch Frankl (16a) hat serologische Untersuchungen bei Chorionepitheliomen angestellt.

Starke **Blutungen** treten nicht immer auf. Es sind Fälle publiziert worden, bei denen die Patientinnen an Metastasen zugrunde gingen, während im Uterus keine Spur von Chorionepitheliom nachzuweisen war [Eichhorn (12; Dissertation; Metastasen in Gehirn und Lungen), Kedrierski (22; Metastasen im Rückenmark, in der Leber, in Lungen und Ovarien; Tod unter den Erscheinungen einer Sepsis)].

Auffallend oft kommen **Veränderungen der Ovarien** mit Chorionepitheliom kombiniert vor. Pusinich (42) hat sie einem besonderen Studium unterzogen. Calderini (5), Pollosson et Violet (39), Proust et Bender (41) u. a. haben sie beschrieben. Nach Pollosson können sie bei der Operation vernachlässigt werden, sofern sie nicht metastatischer Natur sind, was makroskopisch in operatione leicht zu entscheiden ist.

Metastasen können oft noch nach **langer Latenzzeit** auftreten. Von Paltauf (35; 22 Jahre nach der letzten Entbindung), Polano (37; letzte Schwangerschaft vor 10 Jahren), Pollosson et Violet (39; 31 Jahre nach der letzten Gravidität), und Ries (43; Patientin war vor 18 Jahren zum letztenmal schwanger) werden einige besonders merkwürdige Fälle dieser Art mitgeteilt. Da die Frauen zum grössten Teil lange über die Menopause hinaus waren, dürfte ein unbemerkt gebliebener Abort ausgeschlossen sein. Es ist folglich anzunehmen, dass sich fötale Elemente im weiblichen Organismus lebensfähig erhalten können, ohne unter Einfluss der neuerdings von Abderhalden nachgewiesenen Fermente und Leukozyten, die sich um sie herum anhäufen, verdaut zu werden [cf. Daels (10)]. Unter besonderen Umständen, eventuell durch Umstimmungen des mütterlichen Organismus (Klimakterium), können sie sich dann später wieder einmal zu virulenten, d. h. malignen Geschwulstelementen umbilden [Polano (37)].

Unerklärlich ist es in dieser Weise nicht, wenn es einmal zur **Spontanheilung** von Chorionepitheliommetastasen kommt, wie sie von Edge (11; Metastasen in der Lunge; die Frau ist seit sechs Jahren gesund), Hicks (20; Metastasen in der Scheide; neun Monate später ist Patientin noch vollkommen wohl) und Swayne (45; Metastasen in der Lunge; Patientin ist seit Jahren vollkommen gesund) beschrieben wird. Auch Pollosson et Violet (39) haben noch Heilungen nach Operationen beobachtet, bei denen nicht alles Tumorgewebe entfernt werden konnte.

Eichhorn (12) und Meyer-Ruegg (30) nehmen eine Verschiedenheit der Disposition zur Geschwulstbildung bei den verschiedenen Körperorganen an. Sie beschreiben Fälle, in denen zahlreiche Metastasen in Gehirn und Lungen auftreten, während der Primärtumor im Uterus deutliche Zeichen des Unterganges aufwies oder ganz verschwunden war.

Was die **Dauerheilung durch Uterusexstirpation** betrifft, teilen Bassal et Clermont (2) einen Fall mit, der seit zwei Jahren, Everke (14) einen, der seit 16 Jahren, und Hicks (20) einen, der seit neun Monaten noch rezidivfrei ist. Nach Mayer (27) soll Rezidiv nach Hysterektomie nicht häufig sein. Dagegen sind die Fälle von Cary (6), Everke (14), Oria (34a) und Huguier et Lorrain (21) schon bald nach der Operation an Rezidiven (resp. Metastasen) zugrunde gegangen.

Sonstiges.

1. Balassanian, V., Klinischer Beitrag zur Histogenese der Serosa-Adenomyositis cervicis uteri et recti (rektogenitale Serosa-Adenomyositis). Diss. München. Dez.
2. Barbour, A. H. F., Demonstr. of an uterus in which there were endothelial ingrowths from peritoneum into the uterine wall not of a carcinomatous nature. Edin-

burgh Obst. Soc. Meeting on May 14. Ref. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 23. Nr. 6. p. 435.

3. Beckmann, W. G., Zur Lehre von den heterologen mesodermalen Neubildungen der Cervix uteri. Journ. akusch. i shensk. bol. Bd. 28. Heft 9. p. 1122—1152. (An der Hand eines Falles weist Beckmann auf die wichtige differentialdiagnostische Bedeutung der subepithelialen Proliferationszone bei polypösen Neubildungen der Gebärmutter hin, die für eine heterologe mesodermale Neubildung sprechen. Dieselben sind im Gegensatz zu anderen polypösen Neubildungen sehr bösartig, da sie sehr schnell wachsen und rezidivieren.)
4. Brahie, Les kystes du col de l'utérus. Thèse Toulouse. Janv.
6. Caraven, J., et P. Merle, L'adénome diffus des cornes utérines. Revue de gyn. et de chir. abd. Tome 21. Nr. 4. Oct. p. 307—326. (Ausführliche Beschreibung eines Falles mit fünf makroskopischen und mikroskopischen Abbildungen. Erschöpfende pathologische Anatomie, Pathologie und Klinik dieser Tumoren unter Berücksichtigung der gesamten Literatur.)
7. Cornet, Gestielte, blumenkohlartige Neubildung der Uterusinnenfläche. Lyon méd. Nr. 15. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 44. p. 1632. (Nicht malign; Ausgangspunkt ausschliesslich in der Mukosa. Stark blutige Absonderung mit Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens; starke Auftreibung und fluktuierende Weichheit des Uterus. Patientin stand bereits mehrere Jahre in der Menopause.)
8. Curtis, F., et J. Vanverts Endothéliome (d'origine lymphatique) de l'utérus, ayant entrainé la bascule complète de l'organe. Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. Nr. 9. Sept. p. 533—537.
9. Dambrin, Volumineux kyste polypoide du museau de tanche. Soc. de chir. de Toulouse. Séance du 19 Févr. Ref. Arch. méd. de Toulouse. Nr. 5. Mars. p. 57—65. (Ein ganz ähnlicher Fall wie Meriel, cf. Nr. 21.)
10. Donald, A., A specimen of endothelioma of the cervix occuring in a women aged 25 removed by Panhysterectomy. North of England Obst. and Gyn. Soc. Meeting on Dec. 19. Ref. The Lancet. 1914. Nr. 4715. Jan. 10. p. 107.
11. Ernst, R. v., Contribution à l'étude de la présence d'épithélium pavimenteux dans l'utérus. Gyn. Helvetica. 13. Jahrg. Herbstausgabe. (357 Seiten.)
12. Forgue, E., et G. Massabuan, L'adénomyomatose diffuse de l'utérus et du rectum. Paris méd. Nr. 22. p. 525—529. (Ausgangspunkt ist die Schleimhaut des Uterus. Die Diagnose ist nicht mit Sicherheit zu stellen. Die Blutung erfordert abdominale Totalexstirpation. Resektion des Rektums ist nicht erforderlich. Zurückgebliebene Infiltration verschwindet von selbst.)
14. Frankl, O., Zur Kenntnis der Adenomyosis uteri. Geb.-gyn. Ges. in Wien. Sitzg. vom 10. Dez. 1912. Ref. Zentrallb. f. Gyn. Nr. 24. p. 907. (Diskussion Schottländer.)
15. Freschkop, Des variations de volume des noyaux des fibres musculaires de la matrice. Publications de Beuttner. Tome 5. p. 255.
16. German, A., Mammin Poehl bei Metritis, Fibromyom und Adenom des Uterus. Wratsch. Gaz. Nr. 51. (Russisch.) (Cf. „Myome", Nr. 56. Bei vier Patientinnen mit mikroskopisch sichergestelltem Cervixadenom wurde eine vollständige subjektive und objektive Heilung erzielt.)
17. Goullioud, M., Wuchernder gestielter Tumor der Uterusinnenfläche. Lyon méd. Nr. 15. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 44. p. 1632. (Nicht malign; Ausgang ausschliesslich von der Mukosa. Stark blutige Absonderung mit Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens; starke Auftreibung und fluktuierende Weichheit des Uterus. Patientin hatte bereits mehrere Jahre die Menopause überschritten.)
18. Haultain, F. W. N., Some rare uterine new growths. Edinb. med. Journ. Vol. 11. Nr. 3. Sept. p. 230—233. (Cf. „Myome", Nr. 68.)
19. Hesse, P., Kasuistischer Beitrag zur Kenntnis der Uteruszysten. Diss. Berlin. Mai.
19a. Jessup, D. S., Mixed tumor of the uterus. Proceed. of the New York pathol. Soc. Vol. 13. Nr. 3/4. p. 81—83. (Bei der Hysterektomie wegen eines diagnostizierten Fibroms wird im Uterus ein von der Muskularis wie von einer Kapsel bedeckter Tumor gefunden. In demselben finden sich mikroskopisch: spindelzellensarkomähnliche Elemente, breite, unregelmässige, von kubischem Epithel gefüllte Alveolen, karzinomatöse Massen, Inseln von hyalinem Knorpel. In der Tube eine kleine Metastase.)

20. Koutasso, L. E., Etude sur les tumeurs complexes hétérotopiques de l'utérus, contenant de la graisse. Journ. akusch. i shensk. bolesn. 1911. Tome 26. Nr. 12. p. 1639. Ref. Revue de gyn. et de chir. abd. Tome 20. Nr. 1. p. 110.

20a. Lockyer, C., Intra-uterine nodule of embryonic origin resembling osteochondroma. Proc. of the Royal Soc. of Med. Sect. of Obst. and Gyn. Vol. 6. p. 93—97. (Ergibt sich aus der Überschrift.)

21. Mériel, E., Volumineux kyste polypoide du museau de tanche. Soc. d'obst. et de gyn. de Toulouse. Séance du 5 Mars. Ref. Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. 2 Année. Nr. 4. Avril. p. 412—414. (Die Wand der walnussgrossen Zyste ist von innen bekleidet mit kubischem Epithel, von aussen mit mehrschichtigem Plattenepithel. Es muss sich um ein Riesen-Ovulum Nabothii handeln. Unerklärt bleibt dann aber das Vorkommen von vereinzelten Muskelfasern in der Wand. Abbildung.)

22. Moloff, M. S., Ein Fall von multiplen Zysten an der Oberfläche des Uterus. Diss. Genf 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 11. p. 405. (Ursprung der Zysten aus lymphatischen Elementen, wahrscheinlich auf entzündlicher Basis, nachgewiesen.)

23. Murray, H. Leith, and R. M. Littler, A case of adeno-chondro-sarcoma of the endometrium occurring in an unmarried woman aged 46. North of England Obst. and Gyn. Soc. Meeting on Dec. 19. Ref. The Lancet. 1914. Nr 4715. Jan. 10. p. 107. The Brit. med. Journ. 1914. Nr. 2767. Jan. 10. p. 90. (Kasuistische Beschreibung des Präparates; die Cervix, die Muskularis des Korpus und die Anhänge waren frei.)

25. Raspini, M., Sull' adenomyositis dell' utero e del retto. La Gin. Bd. 9. p. 577 bis 598. (Im Anschluss an einen eigenen Fall Betrachtungen über Ätiologie, Diagnose und Therapie dieser Erkrankung. In diesem Falle wird der ganze Prozess als eine Folge eines entzündlichen Vorgangs und Reizzustandes nach einer Pelveoperitonitis angenommen. Doch könne ganz sicher eine Entstehung aus den Müllerschen Gängen nicht geleugnet werden. Sicherste Therapie operative Entfernung.)

26. Ryso, S., Adenoma malignum colli uteri. Diss. Berlin. Dez.

27. Schröder, H., Adenoma malignum cervicis. Niederrhein.-Westf. Ges. f. Gyn. u. Geb. Sitzg. vom 3. Dez. 1911. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Ergänz.-Heft. p. 347. (Kasuistisch. Ausführliche Mitteilung der Krankengeschichte und makroskopische und mikroskopische Beschreibung des Präparates mit zwei Bildern. Es handelt sich um ein Adenoma malign. cerv. von hauptsächlich extraglandulärem, evertierendem Typus.)

28. Segalin, G., Über Adenoma cysticum cervicis uteri. Diss. Halle-Wittenberg. Juni. Heinrich John. (Krankengeschichte und makroskopische und mikroskopische Beschreibung des Präparates. Übersicht über die verschiedenen Theorien für die genetische Erklärung dieser Tumoren (Urnierentheorie, Theorie, die auf Überreste des Wolf-Gärtnerschen Ganges zurückführen will, Serosaepithel- und Schleimhauttheorie). Verf. nimmt für diesen Fall letztere an. Literatur.)

29. Sweeney, Thompson, T., Leucoplacia uteri. Amer. Journ. of Obst. and Diseas. of women and children. Vol. 68, Nr. 2, p. 243—251. Ref. The Brit. med. Journ. Nr. 2761. Nov. 29. Ep. of curr. med. litt. p. 75. (In der Literatur nur 9 Fälle. Genaue Beschreibung eines Falles, der die Cervix betraf, mit guter Abbildung. Epidermoidalisierung mit Verhornung der oberflächlichen Schichten. In diesem Falle war Syphilis nachweisbar. Prognose gut, jedoch Möglichkeit der Karzinomentwickelung.)

30. Vautrin, Considérations sur les tumeurs kystiques de l'utérus d'origine congénitale. Ann. de gyn. et d'obst. Tome 10. Juin. p. 352—371. Ref. La semaine méd. Nr. 43. p. 509. La Presse méd. Nr. 83. p. 834. (Allgemeine Betrachtungen über Entstehung und pathologische Anatomie dieser Tumoren und zwei eigene Fälle.)

Fälle von **Adenomyositis uteri et recti** wurden von Balassanian (1; Dissertation), Forgue et Massabuan (12), Frankl (14) und Raspini (25) veröffentlicht. Die Erkrankung geht meist von der Schleimhaut des Uterus aus und greift in der grossen Mehrzahl der Fälle bald auf das Rektum über. Die Diagnose ist sehr schwierig und fast nie mit Sicherheit zu stellen. Die Blutung erfordert abdominale Uterusexstirpation; jedoch ist Resektion des Rektums nicht erforderlich. Zurückgebliebene Infiltrate verschwinden nach der Operation von selbst.

Diffuse oder umschriebene **Adenome** der Uterusschleimhaut wurden von Caraven et Merle (6; erschöpfende pathologische Anatomie, Pathologie und Klinik dieser Tumoren unter Berücksichtigung der gesamten Literatur), German (16; vier Fälle; vollständige subjektive und objektive Heilung durch Mammin Poehl), Ryso (26; Dissertation über Adenoma malignum colli uteri), Schröder (27; Adenoma malignum cervicis von hauptsächlich extraglandulärem, evertierendem Typus) und Segalin (28; Dissertation über Adenoma cysticum cervicis uteri; genetische Erklärung dieser Tumoren) beschrieben.

Murray and Littler (23) demonstrierten einen Uterus mit **Adeno-Chondrosarkom** des Endometriums bei einer unverheirateten 46jährigen Frau. Lockyer (20a) beschreibt einen umschriebenen Tumor der Uteruswand vom Charaktee eines **Osteochondroms.**

Über die **Adenomyome** des Uterus siehe das Kapitel „Myome".

Haultain (18) hat einfache **benigne Papillome der Schleimhaut** sich bei einer Frau zwei Jahre nach der Menopause entwickeln sehen. Curettage war vergebens, die Blutungen blieben. Der Uterus musste exstirpiert werden. Ähnliche Fälle beschreiben Cornet (7) und Goullioud (17). Ausgangspunkt der gestielten, blumenkohlartigen, nicht malignen Neubildung ausschliesslich in der Mukosa. Auch diese Patientinnen standen bereits mehrere Jahre in der Menopause. Stark blutige Absonderung beeinträchtigte das Allgemeinbefinden; der Uterus war stark aufgetrieben und fluktuierend weich.

Endotheliome wurden von Barbour (2), Curtis et Vanverts (8) und Donald (10) gesehen. In Barbours Falle wucherten Gewebsstränge von nicht karzinomatösem Charakter vom Peritoneum aus in die Uteruswand hinein. Im zweitgenannten Falle war die Wucherung lymphatischen Ursprungs.

Von Brahie (4) stammt eine französische, von Hesse (19) eine deutsche, von Moloff (22) eine schweizerische Dissertation über **Uteruszysten.** In Moloffs Falle konnte der Ursprung der Zysten aus lymphatischen Elementen, wahrscheinlich auf entzündlicher Basis, nachgewiesen werden. Vautrin (30) hat speziell die zystischen Tumoren kongenitalen Ursprungs des Uterus studiert. Dambrin (9) und Meriel (21) demonstrierten beide walnussgrosse polypöse Zysten der Portio, deren Wand von innen aus kubischem Epithel, von aussen aus mehrschichtigem Plattenepithel gebildet wurde und die sie für Riesen-Ovula Nabothii halten. Unerklärt bleibt dann aber das Vorkommen von vereinzelten Muskelfasern in der Wand.

Beckmann (3) bringt einen Beitrag zur Lehre von den **heterologen mesodermalen Neubildungen der Cervix uteri.** Dieselben sind im Gegensatz zu anderen polypösen Neubildungen sehr bösartig, da sie sehr schnell wachsen und rezidivieren. An der Hand eines Falles weist Beckmann auf die wichtige differentialdiagnostische Bedeutung der subepithelialen Proliferationszone bei polypösen Neubildungen der Gebärmutter hin, die für eine heterologe mesodermale Neubildung sprechen.

Koutasso (20) hat sich mit dem Vorkommen **fetthaltiger heterotoper** Tumoren im Uterus befasst.

v. Ernst (11) hat das Vorkommen von **Pflasterepithel im Uterus** studiert.

Haultain (18) fand ein **tuberkulöses Geschwür der Cervix.** Durch Exstirpation derselben blieb Patientin bis jetzt, nach 16 Jahren, geheilt.

Sweeney (29) teilt einen Fall von **Leucoplacia uteri** mit, von dem er nur neun Fälle in der Literatur fand. In diesem Falle war Syphilis nachweisbar.

XII.

Krankheiten der Harnorgane des Weibes.

Referent: Prof. Dr. Stumpf.

a) Allgemeines.

1. Blumenthal, F., Handbuch der speziellen Pathologie des Harns. Berlin-Wien, Urban u. Schwarzenberg. (Ausgezeichnete, ausführliche Darstellung.)
2. Casper, L., Die Urologie als Wissenschaft und Lehrfach. IV. Kongr. d. deutsch. Ges. f. Urol. Berlin. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 2275 u. Zeitschr. f. Urol. Bd. 7. p. 786. (Programmatischer Vortrag.)
3. Cathelin, F., Cinq années de pratique et enseignement à l'hôpital d'urologie et de chirurgie urinaire. Paris, J. B. Baillière Fils. (Hospitalsbericht.)
4. Chetwood, Ch. H., The practice of urology. New York, W. Wood and Co.
5. Claudius, M., Kolorimetrisk kvantitator bestemmelse af albumin i oplósninger. Ugeskr. f. Laeger. 1912. Nr. 46. (Siehe Jahresbericht Bd. 26. p. 319.)
6. — Quantitative Eiweissbestimmungen im Urin für den praktischen Arzt. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 1437. (Bemerkungen zur kolorimetrischen Methode.)
7. Ebstein, E., Zur Entwickelung der klinischen Harndiagnostik. 85. Vers. deutsch. Naturf. u. Ärzte, Abt. f. Gesch. d. Med. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 2375. (Historischer Rückblick.)
8. Fehling, A., und K. Franz, Lehrbuch der Frauenkrankheiten. 4. Aufl. Stuttgart, F. Enke. (Enthält eine Darstellung der Erkrankungen der Blase und Harnröhre von K. Franz.)
9. Folles, O., Harnuntersuchung. Allg. Wiener med. Zeitg. 1912. p. 427. (Empfiehlt als Reagens zum Nachweis geringer Eiweissmengen 10,0 Sublimat, 10,0 Zitronensäure, 20,0 Chlornatrium in 500 ccm Wasser gelöst.)
10. Gause, A., Einfacher qualitativer und quantitativer Zuckernachweis im Harn mittelst der Gärungsprobe. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 1791.
11. Hartmann, H., Travaux de chirurgie anatomo-clinique. 4. Serie: Voies urinaires. Unter Mitwirkung von B. Cunéo, P. Lecène, Küss, Delamarre, V. Henry und Lebreton. Paris, Steinheil.
12. Jeanbrau, Précis de pathologie chirurgicale. Bd. 4. Maladies de l'appareil génital chez l'homme et des voies urinaires. Paris, Masson.
13. Labat, A., Recherche simple et rapide de l'albumine urinaire. Journ. de Méd. de Bordeaux. Bd. 84. p. 648. (Empfehlung des Tanretschen Reagens: 3,6 Jodkalium und 1,355 Sublimat in 10 ccm Wasser gelöst und auf 100 ccm verdünnt mit Zusatz von 20 ccm konzentrierter Essigsäure,)
14. Legueu, Papin und Maingot, L'exploration radiographique de l'appareil urinaire. Paris, Gittler. (Ausführliche Darstellung der Technik und der Resultate.)
15. v. Lichtenberg, Chirurgie der Harnwege. Unterelsäss. Ärzteverein Strassburg. Sitzg. vom 26. Juli. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 2437.
16. Moewes, K., Quantitative Eiweissbestimmungen im Harn und ihre praktische Brauchbarkeit. Inaug.-Diss. Berlin. (Siehe Jahresbericht Bd. 26. p. 321.)
17. Morton, H. H., Genito-urinary diseases and syphilis. 3. Aufl. Philadelphia, F. A. Davis Co. 1912.
18. Münz, P., und N. Rosenberg, Die richtiggestellten Hauptmethoden der Harnanalyse für die tägliche Praxis des Arztes, Apothekers und Chemikers, sowie für Studierende, Krankenhäuser, Sanatorien und ähnliche Institute. Berlin, Kornfeld.
19. Neubauer-Huppert, Analyse des Harns. 11. Aufl., bearbeitet von A. Ellinger, H. Eppinger, F. Falk, F. N. Schulz, K. Spiro und W. Wiechowski. Wiesbaden, C. W. Kreidel. 2. Hälfte.

20. Perrin, Leçons cliniques d'urologie. Lausanne, E. Frankfurter. (Behandelt besonders die Kystoskopie und die Behandlung der Gonorrhoe.)
21. *Pfeiffer, E., Quantitative Eiweissbestimmungen im Urin für den praktischen Arzt. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 677.
22. — Apparat zur quantitativen Eiweissbestimmung im Harn. Ärzteverein Wiesbaden, Sitzg. vom 17. Sept. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 2257. (Mit Phosphorwolframsäure; in fünf Minuten auszuführen.)
23. Pietkiewicz, M., Die angeborenen Anomalien des uropoetischen Systems bei Frauen. Przeglad chir. i gin. Bd. 8. Heft 2. p. 343—381. (Polnisch.) (Fleissige Arbeit mit Literaturzusammenstellung von 303 Nummern — muss im Original eingesehen werden.) (v. Neugebauer.)
24. Pilcher, P. M., Practical cystoscopy and the diagnosis of surgical diseases of the kidneys and urinary bladder. Philadelphia u. London, W. B. Saunders Co.
25. Portner, E., Genito-urinary diagnosis and therapy for urologists and general practitioners. Aus dem Deutschen übersetzt von Br. Lewis. St. Louis, C. V. Mosby Co.
26. Rubaschow, S., Die Röntgenologie im Dienste der urologischen Chirurgie. Zeitschr. f. urol. Chir. Bd. 1. p. 465. (Eingehende erschöpfende Darstellung mit ausgedehnter Benützung der Literatur.)
27. Sabat, B., Über röntgenologische Untersuchungen am uropoetischen System, mit zahlreichen Röntgenbildern. Lwowski Tygodnik Lekarski. Nr. 13. p. 230—236. (Poln.) (v. Neugebauer.)
28. *Semenow, Quantitative Eiweissbestimmung im Harn. Russki Wratsch. Nr. 17. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 1748.
29. Smith, E. O., Urologic diagnosis. West Virginia Med. Journ. Bd. 8. Nr. 2.
30. Wischnewsky, Urologische Beobachtungen. Wratsch. Gaz. Nr. 17. Sitzungsber. des Ärztevereins zu Kasan. (H. Jentter.)

Pfeiffer (21) verwirft nach vergleichenden Untersuchungen die Esbachsche quantitative Eiweissbestimmung wegen ihrer Ungenauigkeit und empfiehlt an ihrer Stelle die Methode von Claudius (Trichloressigsäure mit Gerbsäure und Säurefuchsin und kolorimetrische Bestimmung der aus der Lösung noch vorhandenen Farbstoffmenge) und die von ihm selbst angegebene Modifikation der Tsuchiyaschen Methode mit Phosphorwolframsäure, Salzsäure und Alkohol (1 : 5 : 100).

Semenow (28) stellt die Aufrechtsche Probe an Sicherheit über die Esbachsche und Tsuchiyasche.

---

b) Harnröhre.

1. *Abulow, S., Behandlung gonorrhoischer Erkrankungen mit Antigonokokkenserum Russky Wratsch. 1912. Nr. 25. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 664.
2. *Averbuch, Zur Frage der Behandlung chronischer entzündlicher Prozesse der Schleimhäute. Russ. urol. Ges. St. Petersburg. Sitzg. vom 9. Nov. 1912. Zeitschr. f. Urol. Bd. 7. p. 575.
3. *Bardach, K., Zur therapeutischen Anwendung intravenöser Arthigon-Injektionen. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. Nr. 47.
4. Bargues, L'enfumage iodé. Journ. de Méd. de Bordeaux. Bd. 84. p. 399. (Widerrät die Anwendung von Joddämpfen bei chronischer Urethritis als zu sehr irritierend.)
5. Berger, F., Blenotin, ein neues reizloses Antigonorrhoikum. Med. Klinik. Bd. 8. Nr. 17. (Kombination von Sandelöl, Myrrha, Kampfer, Urotropin, Borsäure und Champignonextrakt in Kapseln.)
6. Bertolini, Kasuistischer Beitrag zum Studium der Papillome der Urethra. Ginecol. Bd. 10. Nr. 8. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 323. (58jährige Frau ohne Gonorrhoe; gutartiges, leicht blutendes Papillom am Orificium externum, das exzidiert wurde.)
7. Blaschko, A., und M. Jacobsohn, Therapeutisches Taschenbuch für Haut- und Geschlechtskrankheiten. Berlin, Fischers med. Buchhandl.
8. *Blum, V., Operativ geheilter Fall von Hypospadie der weiblichen Urethra. Ges. d. Ärzte in Wien. Sitzg. vom 27. Juni. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 26.
9. *Blumberg, Klinische Heilung eines grossen Tumor urethrae durch Mesothorium. Berl. med. Ges. Sitzg. vom 26. Nov. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 2481.
10. Boer, R., Über Hexal bei Gonorrhoe und deren Komplikationen. Dermat. Zeitschr. Mai. (Empfehlung des Mittels.)

11. Boerma, Prolaps der weiblichen Harnröhre. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1911. II. Nr. 14. (Umschneidung und Vernähung.)

12. Bogrow, Über Paraurethritis bei Frauen Russ. Journ. f. Haut- u. vener. Krankh. 1912. Nr. 8. (Patientin wurde in der Kindheit von der Bonne infiziert. Es blieb eine chronische Entzündung eines blind endigenden Ganges links und hinter der Urethra und chronische Urethrocystitis. Nach der Verheiratung traten die Beschwerden wieder auf.) (H. Jentter.)

13. *Bohm, G., Hegonin in der Gonorrhoebehandlung. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 2787.

14. Borri, L., Prolapsus mucosae urethralis femininae und Vergewaltigung von Unreifen. Arch. di antrop. crim., psich. e med. leg. 1911. Heft 6. (Himbeergrosser Prolaps, sechs Wochen nach einer Vergewaltigung durch einen Erwachsenen entstanden. Siehe Jahresber. Bd. 26. p. 819.)

15. *Brandweiner, A., Die Vakzinebehandlung der Gonorrhoe. Med. Klinik. Bd. 9. p. 1763.

16. *— und O. Hoch, Mitteilungen über Gonorrhoe. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 26. p. 882.

17. *Brickner, S. M., Incontinence of urine due to laceration of the sphincter of the bladder, cured by operation. New York Obst. Soc. Sitzg. vom 8. Okt. 1912. Amer. Journ. of Obst. Bd. 67. p. 134.

18. *Bruck, K., Behandlung der Gonorrhoe. Therap. Monatshefte. Nr. 1.

19. *Bruck, C., Neue therapeutische und prophylaktische Versuche bei Gonorrhoe. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 2073.

20. — Neue therapeutische und diagnostische Methoden bei Gonorrhoe und ihren Komplikationen. Schles. Ges. f. vaterl. Kultur. Sitzg. vom 17. Okt. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 2575. (Polyvalente Vakzine, bei Schleimhautaffektionen aber von ganz unsicherer Wirkung.)

21. — Zur intravenösen Anwendung der Gonokokkenvakzine. Med. Klinik. Bd. 9. p. 1597. (Verteidigung gegen Menzer.)

22. *— und A. Sommer, Über die diagnostische und therapeutische Verwertbarkeit intravenöser Arthigoninjektionen. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 1185.

23. *Buchtala, H., und R. Matzenauer, Merlusan (Tyrosinquecksilber) in der Syphilis- und Gonorrhoetherapie. Wiener med. Wochenschr. Bd. 63. p. 2337 ff.

24. *Buford, C. G., Large urethral caruncle in a girl of 9 years. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 60. p. 1281.

25. *Carle, Etude comparée des traitements expectatifs et antiseptique de la blennorragie aiguë. XVII. franz. Kongr. f. Urol. Journ. d'Urol. Bd. 4. p. 812.

26. *Crockett, F. S., Use of thermostabile toxins in urethral and bladder infections. New York med. Journ. Bd. 98. Nr. 25.

27. *Cronquist, C., Wie wirken die Balsamika? Dermat. Wochenschr. Bd. 57. Nr. 37.

28. — Über abortive Behandlung der Gonorrhoe. Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 114. Heft 1. (Empfehlung von Albargin.)

29. *Cruveilhier, Traitement antigonococcique au moyen d'injections sous-cutanées de virus-vaccins sensibilisées vivants. Soc. de Biol. Paris. Sitzg. vom 11. Jan. Gaz. des Hôp. Bd. 86. p. 91.

30. — L., Sensitised virus vaccination in gonorrhoea and especially its complications. Lancet. Bd. 2. p. 1311.

31. *Define, G., Vaccinoterapia e sieroterapia della blennorragia. Neapel, Detken u. Rocholl.

32. *Dembskaja, W., Die weiteren Beobachtungen über die Wirkung der spezifischen Vakzine bei gynäkologischer Gonorrhoe. Shurn. akusch. i shensk. bol. 1912. Ref. Gyn. Rundschau. Bd. 7. p. 908.

33. *— Über die Gewinnung des Antigonokokkenserums und seine klinische Verwendung. Russki Wratsch. Nr. 18. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 2421.

34. *Di Chiari, Localisations et traitement actuel de la blennorragie chez la femme. Journ. d'Urol. Bd. 4. p. 77.

35. *Drobny, B., Die Behandlung der Gonorrhoe und ihrer Komplikationen mit Gonokokkenvakzin. Wratsch. Gaz. 1912. Nr. 24. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 665.

36. *Duncan, C. H., Gonorrhea, its prevention and cure by autotherapy. Med. Record. New York. Bd. 81. Nr. 13.

37. *Ehrl, F., Zur Therapie der Gonorrhoe. Wiener med. Wochenschr. Bd. 63. p. 274.
38. *v. Engelhardt, A., Das primäre Karzinom der weiblichen Harnröhre. Inaug.-Diss. München.
39. *Erlacher, Ph., Kausale und symptomatische Behandlung gonorrhoischer Prozesse des Mannes mit besonderer Berücksichtigung der Original-Gonokokkenvakzine Menzer. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 113.
40. *Ferroni, Ablenkung der Urethra bei Behandlung der Harninkontinenz. Geb.-gyn. Ges. d. Marken u. d. Emilia. Sitzg. vom 16. März. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Ergänzungsheft. p. 390.
41. Finger, E., Die Geschlechtskrankheiten. II. Teil. Leipzig u. Berlin, F. Deuticke. 7. Aufl.
42. *Fitz Gibbon, G., Gonorrhoeal vaginitis treated by vaccine. R. Ac. of Med. in Ireland. Section of Obst. Sitzg. vom 7. März. Dublin. Journ. of Med. Science. Bd. 135. p. 449 u. Med. Press and Circ. London. Bd. 95. 9. April.
43. *Föckler, Vakzinebehandlung der Gonorrhoe. Dermat. Zeitschr. Bd. 55. Nr. 46.
44. *Frank, E. R. W., Hyperämiebehandlung bei entzündlich infiltrativen Erkrankungsprozessen in den Harnwegen. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 2185 u. 17. franz. Kongr. f. Urol. Journ. d'Urol. Bd. 4. p. 813.
45. *Frank, Faustgrosses Myom der Vagina bzw. der Harnröhre. Ges. f. Gyn. u. Geb. Köln. Sitzg. vom 7. Febr. 1912. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Ergänzungsheft. p. 323.
46. Frenkel, J. A., Zur Frage über postgonorrhoische Entzündungen des Harntraktus. Dermatologie. Mai. (Frenkel meint, dass die chronische Gonorrhoe häufig in eine Urethritis postgonorrhoica übergeht und dass dauernde Abwesenheit des Gonococcus für die Gesunderklärung des Patienten genügt. Es sei unnütz und unwissenschaftlich. das Verschwinden jedes überzähligen Leukozyten und Fadens anzustreben.)
(H. Jentter.)
47. *Freund, E., Erfahrungen mit Arthigon bei den Komplikationen der Gonorrhoe. Wiener med. Wochenschr. Bd. 63. p. 1550.
48. *Fromme, F., Über Harnröhrendivertikel. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 74. p. 143 u. 1028.
49. Gennerich, Die Behandlung von Geschlechtskrankheiten. Münchn. med. Wochenschrift Bd. 60. p. 1556 ff. (Übersichtlicher zusammenfassender Vortrag.)
50. *Gerschun, J., und J. Finkelstein, Zur Frage der Vakzinetherapie der gonorrhoischen Erkrankungen. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 1701.
51. *Glück, A., Biologische Studien an Gonokokken unter besonderer Berücksichtigung des Uranoblens. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 2076.
52. Glücksmann und R. Gobbi, Desinfizierende Wirkung des Solargyls. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 2788. (Empfehlung des Solargyls als eine haltbare bakterizide Silbereiweissverbindung bei Gonorrhoe.)
53. *Gorasch, Urogosan. Russ. urol. Ges. St. Petersburg. Zeitschr. f. Urol. Bd. 7. p. 573.
54. Haeckel, Urethrastein bei einem 21 jährigen Mädchen. Wissensch. Ärzteverein Stettin. Sitzg. vom 6. Mai. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 1730. (Eiförmiger Stein ohne Fremdkörper als Kern, Mass 3,7 : 3,2 : 2,4 cm, die Urethra gleichmässig ausdehnend, ohne Divertikelbildung. Entfernung durch Inzision von der Scheide aus, Urethra und Scheide gesondert genäht.)
55. Halban, J., Kompletter Defekt der hinteren Urethralwand. Geb.-gyn. Ges. Wien. Sitzg. vom 20. Mai. Wiener med. Wochenschr. Bd. 63. p. 2280. (Zugleich Verlust des Sphinkters und des distalen Teiles des Blasenhalses, als dessen Ursache mit Wahrscheinlichkeit ein Ulcus molle angenommen wird.)
56. *Harrison, L. W., Gonorrhoea phylacogen; report on an investigation into its value in the treatment of some gonococcal infections. Lancet. Bd. 2. p. 1375.
57. Harrison, W., und Harold, Die Behandlung der Blennorrhagie und einiger Komplikationen. Journ. of the R. Army and Med. Corps. Bd. 19. p. 398. (Empfehlen Permanganatspülungen, kombiniert mit Vakzinebehandlung.)
58. *Harrison, L. W., und G. J. Houghtone, Gonorrhoebehandlung mittelst Thermalsonden. Ebenda. Febr.
59. *Hauser, H., Die differentialdiagnostische und therapeutische Bedeutung der Gonokokkenvakzine in der Gynäkologie. Arch. f. Gyn. Bd. 100. p. 305.

60. *Hedén, Kolloidaler Schwefel gegen Gonorrhoe. Dermat. Wochenschr. Bd. 57. Heft 8.
61. Herbst, Blennaphrosin, ein neues internes Antigonorrhoikum. Allg. med. Zentralzeitg. Bd. 81. Nr. 36. (Kombination von Urotropin, Kawa-Kawa und Salpeter.)
62. *Heymann, H., und S. Moos, Erfahrungen über Vakzinebehandlung der weiblichen Gonorrhoe. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. p. 623.
63. *Hirschfelder, J. O., The treatment of gonorrheal and other infections with digestive bacterial extracts. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 60. p. 1061.
64. *Hofmann, O., Die Jodbehandlung der weiblichen Gonorrhoe. Interstate Med. Journ. August. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 110.
65. *Janet, J., Traitement abortif de la blennorragie. Journ. d'Urol. Bd. 3. p. 784.
66. *— Valeur des armes que nous possédons contre le gonocoque. Journ. d'Urol. Bd. 4. p. 436.
67. *— Traitement de la blennorragie confirmée; choix de l'agent antiseptique à employer, des doses et des intervalles des lavages. Journ. d'Urol. Bd. 4. p. 797.
68. *— Prophylaxie de la blennorragie chez l'homme et chez la femme. Journ. d'Urol. Bd. 3. p. 353.
69. Jarvis, J., Gonorrhea. Jowa State Med. Soc. Journ. Clinton. Bd. 3. Nr. 3.
70. Jersild, O., Therapeutiske Forsog ved Gonorré. Ugeskr. f. Laeger. Bd. 75. Nr. 25. (Elektrolytische Behandlung.)
71. Jessner, S., Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Würzburg, K. Kabitzsch. Bd. 1. 4. Aufl.
72. Johnson, J. S., Gonorrhea of female. Kentucky Med. Journ. Bd. 11. Nr. 13.
73. *Keil, A., Zur Vakzinebehandlung der Gonorrhoe und deren Komplikationen. Prager med. Wochenschr. Bd. 38. p. 472.
74. *Klause, K., Über Vakzinebehandlung bei Gonorrhoe. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 1813.
75. *Kleipool, C. M., Ungiftiges Antigonokokkenvakzin von Nicolle. Tijdschr. v. Geneesk. Nr. 22. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 2572.
76. Kroemer, Tuberkulose der Vulva und Urethra. Verh. d. deutsch. Ges. f. Gyn. XV. Kongr. Leipzig. p. 495. (Exstirpation eines Ulcus rodens mit Resektion der Urethra und Bildung von einer Art Sphinkter durch Verengerung des Blasenhalses; dieser Sphinkter funktionierte anfangs gut, wurde aber bei neuer Schwangerschaft wieder defekt.)
77. Kuschnir, Zur Kasuistik des Vorfalles der Harnröhrenschleimhaut bei Mädchen (Intussusceptio mucosae urethrae). Russki Wratsch. Nr. 29. (Bei schwerem Heben verspürte das siebenjährige Mädchen einen starken Schmerz im Unterleib. Seitdem leichte Blutung. Aus der Urethra tritt ein roter, ulzerierter, blutender Tumor von der Grösse einer Kirsche hervor. In Narkose Amputation der Mukosa, Catgutnähte, Katheter à demeure. Die Länge der amputierten Mukosa $1^1/_2$ cm. Heilung.) (H. Jentter.)
78. *Kyrle, J., und V. Mucha, Über intravenöse Arthigoninjektionen. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 26. p. 1755.
79. Lebreton, P., Le traitement abortif de la blennorragie aiguë. Journ. d'Urol. Bd. 3. p. 203. (Bezeichnet kein einziges der gebräuchlichen Mittel als sicher, wenn auch häufig gute Resultate erzielt werden.)
80. Ledermann, R., Die Therapie der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Berlin, O. Coblentz. 4. Aufl.
81. *Lerda, G., Leiomyoma septi urethrovaginalis. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 74. p. 846.
82. *Leshnew, N., Zur Behandlung der akuten Gonorrhoe. Therap. Obosr. Nr. 11. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 2423.
83. *Leszlényi, O., Zur inneren Behandlung der Gonorrhoe mit Kawotal. Wiener med. Wochenschr. Bd. 63. p. 2794.
84. *Lilienthal, L., und J. Cohn, Die Abortivbehandlung der männlichen Gonorrhoe. Med. Klinik. Bd. 9. p. 253.
85. Luys, G., A Textbook on gonorrhoea and its complications. Aus dem Französischen übersetzt von A. Foerster. London, Baillière, Tindall and Co.
86. Mc Donagh, J. E. R., Treatment of gonorrhea. Practitioner. Ref. Med. Record. New York. Bd. 83. p. 46. (Ausser Lokalbehandlung innerlich Copaiva, Cubeben und Jodkalium in schleimiger Lösung und Inf. Buchu.)

87. M'Donagh und B. G. Klein, Treatment of gonorrheal infections by vaccines and regulation there of by complement fixation test. Journ. of Path. and Bact. Cambridge. Bd. 17. Nr. 4. (Empfehlung der Vakzinebehandlung.)
88. Mc Lean, E. R., Gonorrhea. Mississippi Med. Monthly. Bd. 17. Nr. 9.
89. *Menzer, A., Zur intravenösen Anwendung der Gonokokkenvakzine. Med. Klinik. Bd. 9. p. 1332.
90. *Miller, D. T., Gonorrhoebehandlung. The urol. and cut. Rev. p. 316.
91. *Milota, W., Beitrag zur internen Behandlung der Gonorrhoe mit Gonoktein. Wiener med. Wochenschr. Bd. 64. p. 455.
92. *Mironoff, M., Was ergab die Anwendung der Gonokokkenvakzine am Krankenbett. Shurn. akush. i shensk. bolesn. 1912. Ref. Gyn. Rundschau. Bd. 7. p. 906.
93. *Moos, Erfahrungen über Vakzinebehandlung der weiblichen Gonorrhoe. Gyn. Ges. Breslau. Sitzg. vom 11. Febr. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 692.
94. *Mulot, O. L., A new treatment for acute gonorrhea. Med. Record. New York. Bd. 83. p. 709.
95. Mulzer, P., Über Verwendung des Chokolins bei der Therapie der akuten Gonorrhoe und ihrer Komplikationen. Med. Klinik. Bd. 8. Nr. 34. (Unterstützungsmittel bei Gonorrhoebehandlung zur Erzeugung weicher schmerzloser Stuhlentleerungen.)
96. — Diagnose und Therapie der gonorrhoischen Erkrankungen in der Allgemeinpraxis. Berlin, J. Springer. (Übersicht über Diagnose und Therapie für den praktischen Arzt.)
97. *Nicolle, Ch., Un vaccin antigonococcique, son application au traitement de la blennorragie et de ses complication. Gaz. des Hôp. Bd. 86. p. 1876.
98. *Nicolle, Ch., und L. Blaizot, Un vaccin antigonococcique atoxique, son application au traitement de la blennorragie et de ses complications. Journ. d'Urol. Bd. 4. p. 733.
99. Norris, Ch. C., Gonorrhea in women: pathology, symptomatology, diagnosis and treatment, together with a review of the rare varieties of the disease which occur in men, women and children. Philadelphia u. London, W. B. Saunders Co.
100. *Orlowski, Über Arthigon bei Urethritis anterior. Zeitschr. f. Urol. Bd. 7. p. 882.
101. *Osburn, A. C., Resultat der kombinierten Behandlungsmethode der Gonorrhoe. Journ. of the R. Army Med. Corps. Bd. 20. p. 585.
102. Pakuscher, Über die Behandlung der Urethritis bacterica und postgonorrhoica mittelst Lytinol. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 2230. (Bei Residualkatarrhen empfohlen. Das Mittel wirkt bakterizid, aber nicht auf Gonokokken.)
103. *Pietkewitsch, M. M., Epispadie bei Frauen. Shurn. akush. i shensk. bolesn. 1912. Ref. Gyn. Rundschau. Bd. 7. p. 809.
104. *Pohl, Über die Wirkung der Balsamika. Schles. Ges. f. vaterl. Kultur, Breslau. Med. Sekt. Sitzg. vom 6. Dez. 1912. Med. Klinik. Bd. 9. p. 272.
105. *Polland, R., Die Behandlung gonorrhoischer Prozesse mit Tanargentan-Stäbchen. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 656.
106. Pollock, C. E., und L. W. Harrison, Gonococcal infections. London 1912. H. Frowde and Hodder and Stoughton. (Eingehende Beschreibung der gonorrhoischen Infektion der Urethra bei Mann und Frau, der Konjunktiven und der Vulvovaginitis im Kindesalter etc.)
107. *Reber, K., Les résultats de la vaccinothérapie dans la blennorragie. Revue Suisse de méd. Nr. 3. p. 76.
108. *Ribollet, N., L'emploi des balsamiques dans la blennorrhagie. Annales des mal. vénér. Jan.
109. *Rosenfeld, E., Über Fortschritte in der Argentumtherapie bei der Gonorrhoe des Mannes. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 1992.
110. *Roth, M., und Th. Mayer, Welchen Wert haben die Balsamika, insbesondere die neueren für die Behandlung der Gonorrhoe. Zeitschr. f. Urol. Bd. 7. p. 821.
111. Runge, E., Die Verwendung der Gonokokkenvakzine bei gonorrhoischen Frauenleiden. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 1998. (Bei akuten Infektionen nicht wirksam.)
112. *Sacharin, J. W., Die Operationen der Harnröhre, Harnblase und Harnleiter in der Freiburger Universitäts-Frauenklinik vom Jahre 1904—1913. Inaug.-Diss. Freiburg.
113. *Sachs, A. L., Gonorrhoeal urethritis anterior. Practitioner. Mai.
114. *Sachs, O., Zur Vakzinebehandlung der Gonorrhoe. Wiener med. Wochenschr. Bd. 63. p. 3022.

115. Salle, R., Antimeningokokkenserum bei Behandlung der gonorrhoischen Urethritis. Lyon. méd. 1912. 17. Nov.
116. *Santos, C., Sur le traitement de la blennorragie par la diathermie. Arch. d'Electr. méd. 25. März. Ref. Journ. d'Urol. Bd. 4. p. 325.
117. *Schlasberg, J., Heilung der Gonorrhoe bei Prostituierten. Dermat. Zeitschr. Bd. 20. Heft 11.
118. Schloffer, Haarnadel in der Urethra. Zentralverein deutsch. Ärzte in Böhmen. Sitzg. vom 20. Dez. 1912. Prager med. Wochenschr. Bd. 38. p. 66. (Durch Boutonnière entfernt.)
119. Schmitt, A., Die spezifische Behandlung der Gonorrhoe. Med. Klinik. Bd. 9. p. 1257. (Übersichtsreferat.)
120. *Schröder, Kavernom der Urethra. Niederrhein.-westfäl. Ges. f. Gyn. u. Geb. Sitzg. vom 3. Dez. 1911. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Ergänzungsheft. p. 346.
121. *Schultz, J. H., Klinische Erfahrungen mit dem Gonokokkenvakzin Arthigon (Bruck). Deutsche med. Wochenschr. Bd. 37. Nr. 50.
129. Schumacher, J., Über Gonargin, ein neues Vakzinepräparat. Dermat. Zeitschr. Mai. (Bei Komplikationen der Gonorrhoe empfohlen.)
130. *Slingenberg, Bodo, De behandeling der Urethritis, vulvovaginitis en endometritis gonorrhoica. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 2. helft. Nr. 10.
131. *— Die Behandlung der Urethritis, Vulvovaginitis und Endometritis gonorrhoica. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 1450.
132. Shuman, J. W., Pathology of gonorrhea. Jowa State Med. Soc. Journ. Clinton. Bd. 3. Nr. 3.
133. Smith, A., und C. S. Mc Kee, Gonococcal urethritis in a boy aged seventeen months. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 878. (Infektionsquelle nicht mit Bestimmtheit nachzuweisen.)
134. *Sommer, A., Praktische Resultate der Caviblentherapie. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 2075.
135. Stewart, W. E., Chronic gonorrhea treated with phylacogen. Journ. of Oklahama State Med. Assoc. Bd. 5. Nr. 7.
136. *Stiles, H. J., Epispadias. Edinburgh Med. Chir. Soc. Sitzg. vom 18. Dez. 1912. Lancet. Bd. 1. p. 34.
137. *Stratz, C. H., Dystopia urethrae. Tumor artificialis e paraffino. Gyn. Rundschau. Bd. 7. p. 11.
138. Tomaschewsky, Zur Frage über Gonokokken im Harn. Wratsch. Gaz. Nr. 7. Sitz.-Bericht der med. Ges. zu Charkow. (H. Jentter.)
139. *Vannod, Zur Behandlung der Gonorrhoe mit Gonokokkenserum. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte. Nr. 40.
140. Vitte, Gonaromat „Taeschner“, ein Balsamikum zur Behandlung der Gonorrhoe. Allg. med. Zentralzeitg. Bd. 81. Nr. 37. (Kombination von Sandelöl mit einer Reihe ätherischer Öle.)
141. *Waeber, P., Zur Frage der Serumbehandlung der weiblichen Gonorrhoe. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte. Nr. 24.
142. Wainstein, E., Die Vakzinationstherapie bei einigen gynäkologischen Erkrankungen. Therap. Obosr. 1912. Nr. 12. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 665. (Grösstenteils gonorrhoische Erkrankungen, Urethritis, Vulvovaginitis, ferner Kolicystitis; positives Resultat in 86,5°/₀.)
143. *Warden, C. C., Rôle of staphylococcus in gonorrhea. Journ. of infect. Diseases. Chicago. Bd. 13. Nr. 1.
144. *Weisz, F., Über die neuere Gonorrhoetherapie. Wiener med. Wochenschr. Bd. 63. p. 1981.
145. Werbow, Chronische Gonorrhoe der weiblichen Harnröhre, ihre Symptomatologie und Behandlung. Wratsch. Gaz. Nr. 27. Sitzungsber. der Ärzteversamml. des klin. Instituts der Grossfürstin Helene Pawlowna. (Chronische Gonorrhoe der Harnröhre ist nicht selten. Die Diagnose ist schwer, weil die Krankheit oft symptomlos verläuft und weil andererseits die Symptome denen bei Erkrankung des Blasenhalses gleichen. Entscheidend ist die Urethroskopie. Ist die konservative Behandlung erfolglos, so ist die Urethrotomie indiziert.) (H. Jentter.)
146. White, J. W., und E. Martin, Genito-urinary surgery and venereal diseaes. 9. Aufl. Philadelphia u. London, J. B. Lippincott and Co.

147. Wolff, A., und P. Mulzer, Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. I. Bd. Geschlechtskrankheiten. Stuttgart, F. Enke. 1914. 2. Aufl.
148. *Wyeth, G. A., Gonorrhea from a pathological standpoint. New York. Med. Journ. Bd. 97. Nr. 26.

Lage-, Gestalt- und Funktionsfehler.

Pietkiewitsch (103) verlegte bei Epispadie und Spaltung der Klitoris die Urethra unter Verkürzung ihrer Vorderwand, Erhaltung des Blasensphinkters und Verengerung des ganzen erweiterten Teiles des Kanals nach aufwärts. Heilung.

Stiles (136) führte bei einem sechsjährigen Mädchen mit Spaltung der vorderen Kommissur der Vulva und der Klitoris und sehr weit klaffender Harnröhre, so dass dauernde Inkontinenz bestand, die Einpflanzung der Ureteren in das Kolon mit gutem funktionellem Erfolg aus.

Blum (8) führte bei einer in die Scheide mündenden hypospadischen Urethra bei einem Mädchen, bei dem früher eine suprapubische Fistel angelegt worden war, eine Verlegung der Urethra in der Weise aus, dass er das Vestibulum inzidierte, von hier aus die Urethra blosslegte und nach Geraderichtung an normaler Stelle einpflanzte (Urethrorthosis). Naht und Dauerkatheter, Heilung.)

Brickner (17) beobachtete Abreissung der Harnröhrenwand vom Sphinkter auf der rechten Seite mit Prolaps der Harnröhrenschleimhaut ohne Verletzung der Scheidenwand nach instrumenteller Entbindung. Nach Freilegung der Urethra mittelst Scheideninzision wurde die Urethra mit einer grossen Anzahl von Nähten wieder an die Blase angenäht. In der Diskussion erwähnt Child Fälle von Zerstörung des Sphinkters durch Eiterung und durch Syphilis, Taylor und Goffe besprechen die Inkontinenz bei Retroflexio uteri und Prolaps. Goffe berichtet über plastische Operation bei einer Harnröhrenscheidenfistel, Cragin über die Verletzung der Harnröhre bei Hebosteotomie und Furniss empfiehlt die Gersunysche Drehung bei Verlust des Sphinktertonus.

Ferroni (40) verlegte in zwei Fällen von Harninkontinenz infolge von Sphinkterschwäche die Harnröhre in toto seitwärts und fixierte sie in einer gekrümmten Extramedianlinie — mit gutem Erfolg.

Sacharin (112) beschreibt neun Fälle von Inkontinenz, bei welchen die Gersunysche Achsendrehung ausgeführt wurde. Die Operation hatte bei Inkontinenz durch Zugwirkung oder auf konstitutionellem Boden erheblich bessere Wirkung als bei Inkontinenz auf nervöser Basis (drei Misserfolge).

Stratz (137) verlagerte bei 5 cm weit von der Klitoris entfernter Urethralmündung bei einem 26jährigen Mädchen, das seit der Geburt an Inkontinenz litt, nach Schleimhautexzision und Anfrischung die Urethra um 3 cm nach vorne und inzidierte auf einen von der Scheide aus gefühlten Tumor, der sich als Paraffinprothese erwies. Es wurde Kontinenz erzielt.

Fromme (48) beschreibt zwei Fälle von Incontinentia urinae nach Entbindung infolge von mit stinkendem Eiter gefüllten Harnröhrendivertikeln; in einem Falle mündete ein überzähliger Ureter in das Divertikel. Er glaubt, dass Fälle von leichter Inkontinenz nach schwerer Entbindung nicht auf Sphinkterschwäche, sondern auf kleine Urethrocelen zurückzuführen sind.

In der Diskussion erwähnt R. Meyer die Möglichkeit der kongenitalen Entstehung von Urethrocelen aus Paraurethralgängen. Knorr erwähnt den von Füth gemachten Vorschlag, bei sehr hartnäckiger Urethritis mit Aussackung von der Scheide aus zu inzidieren und Lehmann berichtet über drei Fälle, von denen zwei operiert wurden, einer allerdings mit Inkontinenz.

Siehe ferner Funktionsstörungen der Blase (c 4.).

Gonorrhoe.

Warden (143) erklärt zum Gonorrhoenachweis allein die Kulturmethode für massgebend, weil bei der mikroskopischen Untersuchung Staphylokokken für Gonokokken gehalten werden können.

Di Chiara (34) beschreibt die Symptome der akuten Urethritis gonorrhoica beim Weibe, welche nicht wesentlich von den Symptomen beim Manne sich unterscheiden, jedoch in der dritten bis vierten Woche, manchmal früher verschwinden. Zuweilen kommt es zu subakuter und chronischer Urethritis, deren Symptome sehr geringfügig sein können: etwas

Brennen bei der Harnentleerung, Schwellung und Rötung der Harnröhrenmündung, Eiter oder glasiges Sekret in den Furchen, Verdickung und Starrheit der Urethralwandungen, Faltung und granuliertes Aussehen der Harnröhrenschleimhaut mit mattgrauen Flecken, im Sekret zahlreiche intrazelluläre Gonokokken und Filamente wie beim Manne. Die Dauer ist eine lange und zuweilen treten zwischen Perioden der Ruhe akute und subakute Verschlimmerungen auf. Schliesslich kann es zu partiellen und totalen Strikturen kommen. Besonders häufig ist die chronische Infektion der Skeneschen Drüsen sowohl im akuten wie im chronischen Stadium mit Polypen- und Abszessbildung. Von der Harnröhre aus kann die Blase infiziert werden entweder in der Form einer Entzündung in der Umgebung des Ostium internum urethrae (Urethrocystitis posterior) oder in Form einer echten diffusen Cystitis gonorrhoica, die zuweilen sich auf Ureteren und Nierenbecken fortsetzen kann.

Die Therapie besteht in akuten Fällen entweder in direkter bakterizider Lokalbehandlung (Neisser), oder in antiseptischen Waschungen und Spülungen der Genitalien mit Sublimat ohne Lokalbehandlung der Gonorrhoe (Bumm); in subakuten Fällen ist die Urethra lokal mit Silbernitrat oder mit grossen Spülungen (Legueu) zu behandeln, während von anderen Ichthyol, Argonin und andere Silberverbindungen vorgeschlagen werden. Die Balsamika können unterstützend wirken. Bei chronischen Fällen wird endoskopische Behandlung mit Dilatation der Strikturen und Kauterisation mit Silbernitrat (25—50 $^0/_0$), oder Sublimatalkohol (2—5 $^0/_0$), oder mit dem Galvanokauter notwendig. Die Infektion der Skeneschen Drüsen ist durch Injektion von Kaliumpermanganat zu behandeln.

Janet (68) betont die erheblich leichtere Infektionsmöglichkeit der Frau gegenüber dem Manne und schlägt als Prophylaxe bei der Kohabitation vor: Einführung eines Schwammes oder Gummischützers zur Bedeckung der Portio und Bedeckung der Urethralmündung und der Ausführungsgänge der Bartholinschen Drüsen mit Vaseline; nach der Kohabitation Harnentleerung, sorgfältige äussere Seifenwaschung und vaginale Spülung, endlich zweite äussere Waschung mit 0,25 $^0/_0$iger Sublimatlösung.

Lokalbehandlung der Gonorrhoe.

Carle (25) empfiehlt bei akuter Urethritis Injektionsbehandlung, wenn sie durchführbar ist, wenn nicht, so soll das akute Stadium exspektativ behandelt werden.

Bruck (20) empfiehlt zur Abtötung der Gonokokken die Silbereiweissverbindungen, dagegen zur Beseitigung der noch bleibenden Symptome Silbernitrat, Albargin, Ichthargan und Argentamin; die Behandlung wird mit rein adstringierenden Mitteln (Zinksulfat, Wismuth, Alaun) geschlossen; Balsamika können die Behandlung unterstützen, dagegen wird eine ausschliesslich innere Behandlung als Kunstfehler bezeichnet.

Lilienthal und Cohn (84) empfiehlt Injektionen von 4—5 $^0/_0$igem Protargol bei ganz frischen Gonorrhoen.

Rosenfeld (109) spricht sich bei der Behandlung der Urethritis für die Anwendung von Silbereiweissverbindungen aus und stellt unter diesen das Hegonon (Silbernitrat-Ammoniak-Albumose) an erste Stelle.

Bohm (13) fand das Hegonon als wirksames Mittel bei Gonorrhoe in Gestalt Janetscher Spülungen von 1 : 2000 und Injektionen von 0,25 $^0/_0$.

Sachs (113) konnte in akuten Fällen mittelst täglich vorgenommenen Albarginspülungen (2 $^0/_{00}$) die Gonokokken in fünf Tagen zum Verschwinden bringen.

Weisz (144) legt das grösste Gewicht auf die antiseptische Lokaltherapie behufs oberflächlich vorhandener und tiefer eingedrungener Gonokokken mittelst der gebräuchlichen Silberverbindung, besonders des Silbernitrats, während er den Balsamicis keinerlei antiseptische Wirkung zuschreibt.

Wyeth (148) empfiehlt besonders Protargol in $^1/_4$—$^1/_2$ $^0/_0$iger Lösung, um die Gonokokken zu töten und die Leukozytose zu vermehren.

Polland (105) empfiehlt zur Behandlung der Urethralgonorrhoe das Tannargentan in Stäbchenform.

Leshnew (82) fand sehr günstige bakterizide Wirkung bei Urethralinjektionen von $2^1/_2$ $^0/_0$igem Choleval (Mischung aus 20 $^0/_0$ Kollargol mit 7,5 $^0/_0$ Natrium choleinicum), jedoch bewirkt das Mittel starke Reizerscheinungen.

Bruck (19) sucht durch Verbindung des Silbers mit einer sehr leicht diffundierbaren Substanz eine bedeutende Tiefenwirkung in die Schleimhaut hinein zu erzielen und verwandte hierzu das Uranin in Verbindung mit Silber (Uranoblen, 40 $^0/_0$ Silber enthaltend.) Das Mittel wird mit einem indifferenten Pulver gemischt, pulverförmig in schmelzbaren

Röhren oder Stäbchen („Caviblen-Stäbchen") eingeführt, nach deren Schmelzen es in konzentrierter Form auf die Schleimhaut kommt. Solche Röhren wurden für Urethra, Cervix etc. hergestellt.

Glück (51) untersuchte das von Bruck angegebene Uranoblen in seiner biologischen Wirkung und fand es sicher und stark gonokokkentötend, und zwar in einer mindestens zehnfach geringeren Konzentration als das therapeutisch anwendbare Präparat.

Sommer (134) sieht die Vorteile der Caviblenbehandlung in der bequemen Anwendungsweise, in der äusserst intensiven Tiefenwirkung des auch wirklich in die Harnröhre gelangenden und hier dauernd zur Wirkung kommenden Uranoblens, dagegen wurden als Nachteile die Färbekraft des Mittels gegen die Wäsche und die Reizzustände der Schleimhaut gefunden. Bei weiblicher Urethritis wird die tägliche Einführung von zwei Stäbchen mit Vorlagen von Watte empfohlen, dagegen in Fällen, wo die Farbstoffwirkung unerwünscht ist, die Anwendung von mit Protargol gefüllten Stäbchen. Die Resultate übertrafen entschieden die mit den bisherigen Mitteln erzielten.

Buchtala und Matzenauer (23) fanden, dass durch Injektion von $^1/_2$%iger alkalischer Merlusanlösung die Gonokokken überraschend schnell getötet werden und empfehlen das Mittel bei akuter Urethritis und Cystitis, auch in der Form von $^1/_2$ und 1%igen Merlusan-Schmelzstäbchen. Nach einiger Zeit entstehen aber offenbar durch Angewöhnung giftfeste Gonokokkenstämme und es wird daher die abwechselungsweise Anwendung mit Silbereiweisslösung empfohlen, die die meisten Gonorrhoefälle am raschesten und sichersten zur Dauerheilung bringt.

Janet (65, 66, 67) bevorzugt bei der Gonorrhoebehandlung diejenigen bakteriziden Mittel, welche keine purulente Reaktion hervorrufen, vor allem das Permanganat und die Silbereiweissverbindungen, besonders das Argyrol in ganz akuten Fällen und das Protargol in späterem Stadium; in akuten Fällen wird zweimal, in subakuten einmal des Tages gespült.

Miller (90) empfiehlt ausser den reinigenden Waschungen bei sehr akuter Urethritis heisse Borsäurespülungen, kombiniert mit innerem Gebrauch von Harnantisepticis und Santal, nach Verschwinden der akuten Symptome Argyrolinjektionen (2—6%) und Permanganatspülungen, bei chronischer Urethritis Protargol und Vakzinebehandlung.

Schlasberg (117) empfiehlt zur Behandlung der Urethritis eine 2%ige Lösung von Cusylol (Cuprum citricum solubile) in Tragacanth-Grütze (8 g Tragacanth in 286,0 ccm Wasser.)

Averbuch (2) will bei der Behandlung chronischer Gonorrhoen von Mukosizin vermöge seiner lytischen (nicht bakteriziden) Wirkung gute Erfolge gesehen haben.

Hofmann (64) bepinselt bei akuter und chronischer Gonorrhoe die Labien, die Umgebung der Urethra, besonders die Skeneschen Gänge und die Portio energisch mit Jodtinktur jeden dritten Tag und hat dabei vorzügliche Erfolge beobachtet.

Mulot (94) empfiehlt zur Behandlung der akuten Urethralgonorrhoe Injektionen von 5%iger Jodlösung (Lugol) in einer Ölmischung und mit Zusatz von Zincum sulfocarbolicum.

Hedén (60) beobachtete bei Injektion von $1^1/_2$—4%iger kolloidaler Schwefellösung eine gonokokkentötende Wirkung, aber weniger intensiv als bei den Silbereiweissverbindungen.

Frank (44) empfiehlt zur Beseitigung infiltrativer Prozesse (besonders nach Gonorrhoe) in den Harnwegen die Hitzebehandlung, für die er „Urethrotherm" benannte Sonden angibt.

Harrison und Houghtone (58) beobachteten nach Einführung von Thermosonden (40° C) in akuten und in chronischen Fällen in einer Anzahl von Fällen ein Verschwinden der Gonokokken und die Umwandlung des eitrigen Sekretes in ein schleimig-eitriges oder schleimig-seröses.

Santos (116) verwendet zur Thermobehandlung der Urethralgonorrhoe Thermosonden, bei welchen die Temperatur genau abgestuft werden kann, und konnte unter Anwendung von 43—44° in einzelnen Fällen in nur zwei Sitzungen die Gonokokken zum Verschwinden bringen.

Interne Behandlung der Gonorrhoe.

Cronquist (27) glaubt, dass die Balsamika sowohl von der Blutbahn als von ausgeschiedenem Harn aus abschwächend, ja selbst abtötend auf die Gonokokken wirken. Er empfiehlt die Anwendung der „Kteinokapseln" (Mischung von Kawa-Kawa, Cubeben und Sandelöl in Gelodurat-Kapseln).

Leszlényi (83) empfiehlt bei akuter Urethritis und akuten Nachschüben das Kawotal als rasch wirkendes, nicht reizendes Balsamikum.

Milota (91) empfiehlt interne Behandlung der Gonorrhoe als Unterstützung der Lokalbehandlung mit Gonoktein (gerbstoffhaltiges Extrakt aus verschiedenen Grasarten), welches keinerlei Reizerscheinungen bewirkt, die Behandlung abkürzt und die subjektiven Symptome mildert.

Pohl (104) bewies durch Tierversuche die ausserordentlich günstige Wirkung der Balsamika auf entzündliche Prozesse, besonders für Ol. Santali und für Kawa-Kawa-Extrakt.

Ribollet (108) verwirft den Gebrauch der Balsamika im Anfang der akuten Gonorrhoe, weil sie nur ausflussvermindernd wirken, auf die Gonokokken aber keine Wirkung haben, dagegen empfiehlt er sie, wenn die Gonokokken verschwunden sind und nur mehr eine schleimige Absonderung besteht, um letztere zu beseitigen.

Roth und Mayer (110) erklären die Balsamika einschliesslich der Arhovin für unwirksam auf den Gonococcus; sie wirken lindernd auf den Harndrang, können aber Komplikationen nicht verhüten; am günstigsten beeinflusst das Ol. Santali die Klärung des Harns, es ist von den Balsamicis das wirksamste. Die Nebenwirkungen des Sandelöls sind übertrieben, kommen aber in etwa 15% der Fälle vor; bei Santyl, Kamphosan und Allosan sind sie erheblich seltener.

Ehrl (37) empfiehlt Arhovin in Kapseln bei Urethralgonorrhoe und bei gonorrhoischer Cystitis.

Gorasch (53) erklärt das Urogosan für unwirksam.

Vakzine- und Serumbehandlung.

Brandweiner (15) hält die Vakzinebehandlung auch bei Schleimhautgonorrhoe für verwendbar, aber nur als Unterstützung der Lokalbehandlung.

Brandweiner und Hoch (16) fanden, dass Kutisreaktionen und Stichreaktionen mit Aufschwemmungen abgetöteter Gonokokken diagnostisch nicht zu verwerten sind; bei Urethritis totalis mit oder ohne Komplikationen sind Stichreaktionen mit autogenen Gonokokkenvakzinen bei gleicher Dose quantitativ stärker als solche mit allogenen und es wird mit Wahrscheinlichkeit das Bestehen wesentlicher Differenzen unter den verschiedenen Gonokokkenstämmen angenommen.

Bruck und Sommer (22) haben bei intravenösen Arthigoninjektionen auch sehr günstige Beeinflussung chronischer Urethralprozesse beobachtet.

Cruveilhier (29) sah bei Behandlung mit Antigonokokkenvakzine auch bei akuter Urethritis Verringerung und Verschwinden der Eiterung und Verschwinden der Gonokokken.

Erlacher (39) fand die Menzersche Gonokokkenvakzine von heilender Wirkung auf die gonorrhoische Urethritis.

Fitz Gibbon (42) empfiehlt für die Behandlung der Gonorrhoe die Vakzinebehandlung, und zwar soll die Vakzine möglichst frisch sein; die Anwendung einer autogenen Vakzine ist nicht nötig. In der Diskussion erklärt Sheill eine lokale Behandlung dadurch nicht für überflüssig geworden, Madill empfiehlt besonders das Protargol und Rowlette erklärt besonders bei Mischinfektionen die Vakzinebehandlung für schwierig.

Föckler (43) hat bei einfacher Urethralgonorrhoe von Vakzinebehandlung (Arthigon) keine Erfolge gesehen, wohl aber bei Vulvovaginitis im Kindesalter.

Freund (47) empfiehlt das Arthigon zum Nachweis der Gonorrhoe bei fehlenden Gonokokken im Sekret.

Gerschun und Finkelstein (50) konnten durch länger fortgesetzte energische Vakzinetherapie akute und subakute Urethralgonorrhoe in der Weise beeinflussen, dass in einem grossen Prozentsatz der Fälle die Gonokokken verschwanden.

Hauser (59) konnte auch bei Schleimhautgonorrhoe, besonders bei Cystitis mit Gonokokkenvakzine gute Erfolge erzielen.

Hirschfelder (63) erzielte mittelst intramuskulärer Injektion einer Aufschlemmung von lebenden Gonokokken unter Zusatz von Pankreasextrakt und Natriumbikarbonat bei Schleimhautgonorrhoen zum Teil günstige Heilerfolge und Verschwinden der Gonokokken, aber gerade bei Urethralgonorrhoe erwies sich diese Behandlung fast durchweg als unwirksam.

Janet (66) tritt unter Verwerfung einer Polypragmasie für die lokale antiseptische Behandlung der Gonorrhoe ein; die Vakzinetherapie ist von sehr geringer bakterizider Kraft bei nicht komplizierter Gonorrhoe.

Keil (73) sah nach Arthigoninjektionen zuweilen auch günstigen Einfluss auf die Urethralaffektion.

Menzer (89) erklärt gegenüber Bruck und Sommer, dass dieselben Resultate, wie bei intravenöser Anwendung, sich bei subkutaner Anwendung erzielen lassen und dass die intravenöse Injektion schwieriger und für die Kranken unbequemer und gefährlicher ist.

Nicolle und Blaizot (97, 98) haben einen ungiftigen und beständigen Gonokokkenimpfstoff hergestellt, mit dem sie nach 7—8 Inokulationen bei akuter und chronischer Urethritis, ausserdem bei Komplikationen und bei Ophthalmoblennorrhoe Heilung erzielt haben. Das Verfahren wird mit örtlichen Permanganatspülungen kombiniert.

Kleipool (75) fand jedoch die von Nicolle hergestellte Gonokokkenvakzine als unwirksam.

Orlowski (100) hat bei intramuskulärer Injektion von 2—2,5 g Arthigon bei rezidivierender Urethritis günstige Wirkung beobachtet.

Osburn (101) erzielte durch Kombination der lokalen mit Vakzinebehandlung sehr befriedigende Resultate.

Reber (107) fand die Vakzinebehandlung bei Urethralgonorrhoe unwirksam.

Schultz (128) hält auch bei frischer Harnröhrengonorrhoe die Vakzinebehandlung für aussichtsreich.

Slingenberg (130, 131) fand die Vakzinebehandlung bei offener Gonorrhoe unwirksam und empfiehlt für die Urethra die Spülung mit frisch bereiteter $10^0/_0$iger Protargollösung mittelst Guyonschen Katheters; gleichzeitig wird innerlich Gonosan gegeben. Wenn nach acht Tagen das Sekret mehrere Tage lang gonokokkenfrei gefunden wird, so wird die Urethra mit Zinksulfat und Bleiazetat (ää 1 : 100) gespült und die Scheide mit Bor-Alumnol-Kampfer-Glyzerin (3 : 5 : 3 : 125) behandelt. Neben dieser Behandlung werden die Kranken vakziniert. Genesung wird erst angenommen, wenn bei wiederholten und steigenden Vakzinationen das Sekret gonokokkenfrei bleibt.

Crockett (26) empfiehlt bei Gonorrhoe neben der üblichen Behandlung die subkutane Injektion von 0,1—0,5 ccm des eigenen Harns, um Antitoxine zuzuführen.

Duncan (36) schlägt vor, zur Autotherapie der Gonorrhoe entweder den gonorrhoischen Ausfluss auf die Zunge (!) des Kranken zu bringen, oder nach Aufschlemmung und Filtration subkutan zu injizieren. Es sollen hierbei in gesunden, vom Krankheitsherd entfernten Geweben Antikörper gebildet werden und es soll dadurch die Gonorrhoe in allen Stadien geheilt werden können.

Diesen grösstenteils günstigen Mitteilungen über die Vakzinebehandlung stehen aber eine grosse Anzahl ungünstiger gegenüber, welche bei offener Schleimhautgonorrhoe die Vakzinebehandlung für vollkommen wirkungslos erklären, so von Bardach (3), Dembskaja (32), Drobny (35), Harrison (56), Heymann-Moos (62, 93), Klause (74), Kyrle-Mucha (78), Mironoff (92) und Sachs (114).

Abulow (1) fand, dass sich unter Behandlung mit Antigonokokkenserum der Verlauf der gonorrhoischen Urethritis symptomatisch leichter gestaltet, jedoch wurden die Gonokokken selbst weder in akuten noch in chronischen Fällen beeinflusst.

Dembskaja (33) fand die Behandlung mit von Hammeln und Ziegen gewonnenem Antigonokokkenserum auch bei frischen unkomplizierten Gonorrhoen wirksam, indem die Gonokokken zwar nicht verschwinden, aber in harmlose, oberflächlich vegetierende Saprophyten sich umwandelten.

Define (31) fand bei akuter Urethralblennorrhoe die Vakzination von guter, zuweilen heilender Wirkung, die Serumbehandlung dagegen unwirksam.

Vannod (139) fand bei frischen Gonorrhoen bei Frauen das Gonokokkenserum unwirksam.

Waeber (141) sah nach Serumbehandlung bei Gonorrhoe zwar Reaktion, aber keine sichere Heilwirkung oder Abkürzung des Verlaufs der Erkrankung.

Geschwülste der Harnröhre.

Buford (14) beschreibt ein daumengliedgrosses Urethralpapillom bei einem neunjährigen Mädchen; Exzision und Vernähung der Schleimhautwunde.

Frank (45) beschreibt bei einer 52jährigen Frau ein exulzeriertes Myom, das in den Harnröhrenwulst und die vordere Scheidenwand überging und Harndrang und Inkontinenz bewirkt hatte. Der Tumor, der leicht ausgeschält werden konnte, reichte bis dicht an die Harnröhrenschleimhaut und zur unteren Partie der Blasenwand. Die erweiterte Harnröhre wurde durch Nähte verengt und die auseinander gedrängten Muskelfasern um die Harnröhre wieder vereinigt. Heilung mit Kontinenz.

Lerda (81) beschreibt ein mandarinengrosses Myom im Septum urethravaginale, dessen Entstehung er auf eine embryonale Veränderung der Müllerschen Fäden zurückführt. Leichte Ausschälung.

Schröder (120) beschreibt einen kirschgrossen, gegen seine Umgebung nicht scharf abgegrenzten Tumor, der von der Harnröhrenmündung links auf die Scheidenwandung überging; ein weiterer Knoten sass an der hinteren Scheidenwand 4 cm über dem Introitus. Beide Tumoren, von denen der vordere mit Resektion eines Teiles der Harnröhre exstirpiert wurde, erwiesen sich als kavernöse Angiome. 23jährige Frau.

Blumberg (9) behandelte ein grosses inoperables Urethralkarzinom bei einer 78jährigen Frau mittelst Mesothorium von der vorderen Scheidenwand aus. Der Tumor war nach vier Wochen vollständig verschwunden.

v. Engelhardt (38) beschreibt ein Karzinom der Harnröhre, das im paraurethralen bis zum Sphinkter und in die Scheide reichte und die ganze Harnröhre umgab. Der Tumor wurde mit vorderer Scheidenwand und einem Ausschnitt des Sphinkters und des Trigonums exzidiert, die dreimarkstückgrosse Blasenöffnung wurde gerafft, die Blasenschleimhaut mit der Scheidenschleimhaut vernäht und die neue Blasenöffnung unter Bildung eines kurzen Kanals nach unten verlängert. Heilung, jedoch Inkontinenz. Die Untersuchung ergab Adenokarzinom; ausserdem waren die Leistendrüsen infiltriert. 51jährige Frau.

---

c) Blase.

1. Anatomie und Physiologie.

1. *Bachrach, Gefässverteilung in der Blasenschleimhaut. IV. Kongr. d. deutsch. Ges. f. Urol. Berlin. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 2280.
2. *Evans, Wynne und Whipple, Reflex albuminuria. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. 1912. Okt.
3. Kleiner, J. S., Elimination through mucosa of urinary bladder. Journ. of experim. Med. New York. Bd. 18. Nr. 3. (Erklärt die Blasenschleimhaut für so gut wie impermeabel für diffundierbare Substanzen im Blute.)
4. Lewis, Br., Where is the fundus of the bladder? Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 60. p. 1765. (Weist auf die häufige Anwendung des Ausdrucks „Fundus" für den Blasenscheitel hin und will diese Bezeichnung für die Basalpartie der Blase beschränkt wissen; in Deutschland bezeichnen wohl alle Anatomen den tiefsten Abschnitt der Blase als Fundus.)
5. Miller, A. G., Can the urinary bladder empty itself? Edinburgh. Med. Journ. N. S. Bd. 11. p. 316. (Wird auch für alte Leute bejaht, jedoch die Möglichkeit unvollständiger Entleerung durch Gewohnheit zugegeben.)
6. *Nicloux, M., und V. Nowicka, Contribution à l'étude de la perméabilité et du pouvoir absorbant de la vessie. Journ. de physiol. et path. gén. Nr. 2. p. 296.
7. *Nowicka, V., Contribution à l'étude de la perméabilité et du pouvoir absorbant de la vessie. Thèse de Paris.
8. *Sella, U., Über die Strukturveränderungen der Harnblase und des Harnleiters während der Schwangerschaft. Geb.-gyn. Ges. d. Marken u. d. Emilia. Sitzg. vom 16. März. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Ergänzungsheft. p. 392.
9. *Schoute, D., Prävesikale Einspritzung von Kochsalzlösungen. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. Nr. 23. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 1325.
10. Stinelli, F., Ricerche sperimentali isto-patologiche sulla ritenzione acuta di urina. 24. Ital. Chirurgenkongr. Clin. Chir. Bd. 11. p. 2200. (Bei Verschluss der Urethra gingen alle Versuchstiere bis zum dritten Tage ein; es fanden sich Blutungen in die Blase, Schleimhaut und Serosa, Zerstörung der Epithelien, Dilatation und Füllung der Gefässe, kleinzellige Infiltration der Submukosa. In der Niere Epithelabschilferung, Lymphozyteninfiltration im Bindegewebe, albuminoide Massen im Kapselraum.)
11. *Taddei, Sulla estirpazione totale della mucosa della vescica urinaria. La Clin. chir. Bd. 11. p. 2200.
12. Völtz, W., und A. Baudrexel, Über die Resorption des Alkohols durch die Harnblase. Pflügers Arch. Bd. 152. Heft 11/12. (Resorption auch wenig konzentrierten Alkohols findet in der Blase statt.)

Bachrach (1) fand nach Injektion an Leichenblasen die Zahl der Arterienäste viel geringer als die Zahl der kystoskopisch sichtbaren Gefässe. Bei Injektion der Arterien und Venen wurden in der Schleimhaut der Arterien stellenweise von dem engmaschigen Venennetz fast verdeckt.

Nicloux und Nowicka (6, 7) weisen nach, dass die Blasenschleimhaut im doppelten Sinne für Alkohol durchgängig ist, indem der von den Nieren ausgeschiedene Alkohol von der Blase resorbiert wird und andererseits nach Unterbindung beider Ureteren Alkohol aus der Zirkulation in die Blase übertritt.

Evans, Wynne und Whipple (2) konnten durch Einbringen eines Fremdkörpers in die Blase und durch chemische Reizung der Blasenschleimhaut Albuminurie und hyaline Zylinder im Nierenharn hervorrufen.

Sella (8) fand bei einer im achten Monat gestorbenen Schwangeren die Bindegewebsfaserbündel der Schleimhaut auseinander gerückt, mit Rundzelleninfiltraten in den Maschen und die Schleimhaut in Falten abgehoben, aber keine Proliferationserscheinungen am Blasenepithel. Im sechsten und im zweiten Monat fanden sich solche Veränderungen nicht. Auch im Harnleiter fand sich am Ende der Schwangerschaft starke Hypertrophie der Muskularis und ebenfalls kleinzellige Infiltrate in der Schleimhaut. Das Ödem des vesiko-ureteralen Bindegewebes zusammen mit dem Druck des Uterus wird als Ursache einer Steigerung der Albuminurie beschuldigt.

Siehe ferner Zangemeister (c. 6).

Taddei (11) beobachtete an Hunden nach totaler Exstirpation der Blasenschleimhaut nach 24—25 Tagen vollständige Epithelialisierung der Blase ohne Stenosenbildung am Ausgang und an den Uretermündungen.

Schoute (12) stellte fest, dáss in den prävesikalen Raum injizierte Kochsalzlösung von dem lockeren Bindegewebe aufgenommen wird und das Bauchfell in das Dreieck zwischen Nabel und Leistenringen sackartig vorwölbt. Die Blase bleibt unverletzt, die Operationen wurden nicht gestört.

2. Allgemeine Diagnostik und Therapie.

1. Ahrens, Über Endoskopie. Naturw.-med. Ges. Jena. Sitzg. vom 13. Febr. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 785. (Durchsichtige Gummiballons werden über das Kystoskop gezogen, wenn sich die Blase nicht abschliessen oder klarspülen lässt; die Wandung wird dadurch vor Verletzung und Erhitzung geschützt.)
2. Badin und Uteau, Appareil pour cystostomisés. Journ. d'Urol. Bd. 3. p. 489. (Nach Anlegung einer suprasymphysären Fistel.)
3. *Bogoras, Eine einfache Methode einer abnehmbaren Harnblasennaht bei Sectio alta. Wratsch. Gaz. 1912. Nr. 6. Ref. Zentralbl. f. Chir. Bd. 40. p. 624.
4. *Buerger, L., A clinical study to the application of improved intravesical operative methods in diagnosis and therapy. Med. Record. New York. Bd. 83. p. 1114. New-York. Med. Journ. Bd. 97. p. 857.
5. *— Zur Klinik der Operationskystoskopie. Zeitschr. f. urol. Chir. Bd. 1. p. 419.
6. Buka, A. J., Glaskatheter zum Gebrauch bei Urogenitalkrankheiten. The urol. and cut. Review. Bd. 17. p. 192. (Hervorhebung der Vorzüge derselben.)
7. Burckhard, G., Eine einfache Stromquelle für Kystoskoplampen. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 75. p. 29. (Hintereinanderschaltung zweier zum Füllen kleiner elektrischer Taschenlampen benützter Batterien mit Einschaltung eines kleinen Rheostaten.)
8. Chibret, Procédé rapide et pratique de fistulisation suspubienne de la vessie. 26. franz. Chir.-Kongr. Revue de Chir. Bd. 48. p. 762. (Greift auf die suprapubische Punctio vesicae mit Einführung eines Gummikatheters durch die Troikarkanüle zurück.)
9. Clark, B., Essays of genito-urinary subjects. New York 1912. W. Wood and Co.
10. Dufaux, Aufbewahrung und Sterilisation halbweicher Instrumente. Zeitschr. f. Urol. Bd. 7. p. 378. (Empfehlung seiner Katheterostate und Hervorhebung der Nachteile der Formaldehyddesinfektion.)
11. Eastman, J. R., Modification of Skenes retention catheter. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 17. Nr. 2.
12. Ferron, J., A propos de l'injection de gaz dans la vessie. Journ. d'Urol. Bd. 3. p. 490. (Fordert die Vermeidung jeden Druckes bei Luftfüllung der Blase.)
13. Forsee, C. G., Suprapubic cystotomy. Kentucky Med. Journ. Bd. 11. Nr. 6.
14. *De Francisco, G., Nuovo processo di sutura vescicale. Riv. ins. di scienze med. Bd. 3. Nr. 12.

15. Franz, Kystoskopische Demonstration einer Blasennaht. Ges. d. Charité-Ärzte. Sitzg. vom 5. Dez. 1912. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 137. (Resektion des Blasenbodens bei Exstirpation eines Uteruskarzinomrezidivs mit Heilung.)
16. Fromme, F., und O. Ringleb, Lehrbuch der Kystophotographie, ihre Geschichte, Theorie und Praxis. Wiesbaden, J. F. Bergmann. (Vorzügliche Darstellung, 42 sehr instruktive Photogramme.)
17. Goldsmith, W. S., Cystoscopy as aid in surgical diseases. Georgia Med. Assoc. Journ. Bd. 2. Nr. 12.
18. Hagen, F., Aufbewahrung und Sterilisation halbweicher Instrumente. Zeitschr. f. Urol. Bd. 7. p. 34. (Luftdicht schliessender Eisenwandschrank mit Heizvorrichtung zur Formaldehyd-Gasentwickelung.)
19. Herring, H. T., Gum elastic catheter sterilizer. Brit. Med. Journ. Bd. 2. p. 149. (Wasserdampfsterilisation in Röhren, die zugleich zur Aufbewahrung der Katheter dienen.)
20. Hock, Zur Erleichterung schwieriger Kystoskopie und kystoskopischer Operationen. Verein deutscher Ärzte Prag. Sitzg. vom 24. Jan. Prager med. Wochenschr. Bd. 38. p. 199. (Konstruktion verschieden geformter kystoskopischer Ansätze; in der Diskussion empfiehlt Rubritius die Mercierkrümmung des Kystoskopschnabels.)
21. Horwitz und Ipatow, Die Kystoskopie und die Katheterisation der Harnleiter als diagnostische Hilfsmittel in der Gynäkologie. Journ. akusch. i shensk. bolesn. Jan. (Verff. weisen auf die verschiedenen Erkrankungen des Genitales hin, bei denen die Kystoskopie wesentlich zur Klärung der Diagnose beitragen kann, und berichten über 52 klinische Fälle. In einem Falle wurde ein in die Blase durchgebrochener parametritischer Abszess diagnostiziert, woraufhin die Patientin mit vollem Erfolg laparotomiert wurde. Bei einer Patientin mit Harnfluss konnte die vesikouterine Fistel kystoskopisch entdeckt werden; durch den Mutterhals wurde eine feine Sonde in die Blase geleitet. In einem weiteren Falle konnte die Verdoppelung der Ureteren diagnostiziert werden. Es folgen Krankengeschichten von Fällen von Papillom, Sarkom, Karzinom der Blase. Katheterismus der Ureteren wurde bei Pyelitis, Hydronephrose und bei Verdacht auf Nierendystopie vorgenommen. In drei Fällen puerperaler Pyelitis wurde im Harn Bact. coli gefunden; in einem Falle postoperativer Pyelitis Streptococcus haemolyticus. Der Arbeit sind fünf farbige Abbildungen beigelegt.) (H. Jentter.)
22. Howard, H. W., Urethra and bladder irrigation. Northwest Med. Bd. 5. Nr. 3.
23. Judd, J. R., Bladder sutur four years after operation. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 61. p. 2062. (Spurlose Heilung eines genähten Blasenrisses, vier Jahre nach der Operation durch die Sektion bestätigt.)
24. *Kneise, O., Einige meiner Erfahrungen auf dem Gebiete moderner Urologie. Med. Klinik. Bd. 9. p. 1721. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 838 u. Ges. f. Geb. u. Gyn. Leipzig. Sitzg. vom 20. Jan. und 16. Febr. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 968.
25. Kriwsky, Zur infrasymphysären Punktion der Harnblase. Wratsch. Gaz. Nr. 6. Sitzungsber. der Ärzte des Obuchow-Hospitals. (Die Stöckelsche Methode wurde viermal an drei Patienten ausgeführt: dreimal bei ausgedehnter Urethroplastik (bei grossen Harnfisteln) und einmal zwecks Blasendrainage bei Inkarzeration der retroflektierten myomatösen Gebärmutter. Blutung wurde nicht beobachtet. Nach Extraktion des Trokars (am 8.—15. Tage p. op.) kam der Harn nie durch die künstliche Fistel und der fistulöse Gang schloss sich bald.) (H. Jentter.)
26. *Lastaria, F., Encore un mort sur la taille hypogastrique à vessie vide. Presse méd. 28. Mai.
27. Lewin, A., Universalspülansatz. Zeitschr. f. Urol. Bd. 7. p. 387. (Auskochbarer Ansatz für das Kystoskop.)
28. *Loumeau, Sur la fistulisation thérapeutique de la vessie. Soc. de Méd. et de Chir. de Bordeaux. Sitzg. vom 27. Dez. 1912 und 7. Febr. u. Journ. de Méd. de Bordeaux. Bd. 84. p. 26 u. 109. Revue d'Urol. p. 135.
29. *Luys, G., Über die direkte Kystoskopie. Zeitschr. f. urol. Chir. Bd. 1. p. 103.
30. Mansfeld, O., Transkondomoskop. Verhandl. d. deutsch. Ges. f. Gyn. Bd. 15. Leipzig. p. 229. (Demonstration.)
31. Marion, G., Boule amovible pouvant se fixer extemporanément sur n'importe quelle pince cystoscopique pour servir à l'immobilisation des cystoscopes. Journ. d'Urol. Bd. 3. p. 351. (Von Gentile konstruiert.)

32. Mark, E. G., A new suprapubic drainage apparatus. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 60. p. 514.
33. Meyer, P., Eine Erleichterung für den kystoskopischen Unterricht. Zeitschr. f. gyn. Urol. Bd. 4. p. 350. (Anbringung eines Fadenkreuzes an der Planseite der Linse.)
34. Nicolich, Sur un cas de mort par embolie gazeuse à la suite d'une injection d'air dans la vessie. Journ. d'Urol. Bd. 3. p. 45. (Durch Eindringen von Luft in Blasenvenen.)
35. Paul, Th. M., The proper lubricant and how to use it in urethral instrumentation. Med. Assoc. of the Southwest. VII. Jahresversamml. New York. Med. Journ. Bd. 97. p. 262. (Mischung von Traganth und Glyzerin unter Zusatz von Oxyzyanat und Kressol.)
36. *Pedersen, V. C., Topography of the bladder with special reference to cystoscopy. New York. Med. Soc. Bd. 84. p. 353.
37. Portner, E., Katheter. Med. Klinik. Bd. 9. p. 2078. (Übersicht über Form und Sterilisation der Katheter.)
38. — Erkrankungen der Blase. Med. Klinik. Bd. 9. p. 1643 ff. (Übersicht über Symptome, Diagnose und Behandlung.)
39. Schooler, L., Simple method of catheter retention after suprapubic cystotomy. Jowa State Med. Soc. Journ. Bd. 3. Nr. 5.
40. Stanton, E. M., A combined cystoscope and evacuator. New York. Med. Journ. Bd. 98. p. 265. (Saugballon zur Aspiration nach Litholapaxie.)
41. Thelen, Die Ursache des Harnfiebers und seine Behandlung. Allg. ärztl. Verein Köln. Sitzg. vom 21. Juli. Med. Klinik, Bd. 9. p. 1566. (Sucht die Ursache in instrumentellen Eingriffen mit mangelhafter Asepsis oder in Aufnahme von infiziertem Harn am Orte einer Verletzung oder in Harnstauung ohne vorausgegangenen Eingriff.)
42. *Thompson, R., Suprapubic cystotomy. Lancet. Bd. 2. p. 253.
43. Whiteside, G. S., Limitations of Cystoscope. Amer. Journ. of Urol. Bd. 8. Nr. 12. (Bespricht die Vor- und Nachteile der direkten und indirekten Kystoskopie.)

Kneise (24) hebt den hohen Wert der Kystoskopie und der Nierenfunktionsprüfung bei Blasen- und Nierenkrankheiten hervor und teilt einige Fälle von Fehldiagnosen (z. B. bei verjauchten Fibromyomen der Blase, Glaskatheterfragment als Fremdkörper, Blasen-, Nierentuberkulose etc.) mit. Bei Blasenpapillomen tritt er in entschiedener Weise für die endovesikale Entfernung mittelst der kalten Schlinge an Stelle der Schnittmethoden ein, ebenso bei Entfernung von Fremdkörpern.

In der Diskussion verteidigt Zweifel die Simonsche Harnröhrendilatation und die Einführung des Fingers gegen den Vorwurf der zurückbleibenden Inkontinenz, Michael die Kolpokystotomie mittelst Querinzision durch die Spitze des Trigonum bei gut gefüllter Blase. Bretschneider bezweifelt die Häufigkeit primärer Blasentumoren und Blasensteine beim Weibe, erkennt aber die durch die Kystoskopie für Diagnose und Therapie bewirkten Fortschritte rückhaltlos an; die endovesikalen Operationen will er den Urologen vorbehalten wissen.

Pedersen (36) schlägt für die Ortsbestimmungen in der Blase bei der Kystoskopie die Einteilung in vier Quadranten vor, nämlich in einen hinteren unteren oder Ureterotrigonalquadranten, einen Subperitonealquadranten (hinten oben), einen Urachalquadranten (vorne oben) und einen retropubischen (vorne unten). Das Blaseninnere ist systematisch abzuleuchten und die Befunde in ein Schema einzutragen.

Luys (29) führt als Vorteile der direkten Kystoskopie die direkte Betrachtung, die unveränderte Farbe der Schleimhaut und die Möglichkeit der Ausführung bei reduzierter Kapazität, bei Hämaturie und Pyurie, bei Blasenperforation und Fisteln, in der Schwangerschaft und bei grossen Bauchgeschwülsten an, ferner die Erleichterung der Entfernung von Fremdkörpern, der Lithothrypsie, der Behandlung der Cystitis, der Probeexzision, der endovesikalen Behandlung von Geschwülsten und des Ureterkatheterismus an; dagegen als Nachteile das kleine Gesichtsfeld, die Grösse des Instruments und die schwierige Entfaltung der Blasenwand.

Buerger (4, 5) beschreibt eine Reihe von thermapeutischen und diagnostischen intravesikalen Eingriffen, zum Teil mittelst neu konstruierter Instrumente und unter Anführung kasuistischer Beispiele bei Blasen-, Ureter- und Nierenaffektionen.

Lastaria (26) führt die Kystotomie im Hinblick auf Unglücksfälle durch Luftfüllung der Blase und Luftembolie bei leerer Blase in Beckenhochlagerung nach leergespülter Blase aus. Ca. 40 Fälle wurden in dieser Weise ohne Schwierigkeit operiert.

Loumeau (28) hat von der Eröffnung und Fistulisation der Blase bei schweren schmerzhaften chronischen und tuberkulösen Zystitiden, sowie bei Blasengeschwülsten erhebliche Erleichterung gesehen. Die Fistel wurde teils suprasymphysär, teils von der Scheide aus angelegt.

Thompson (42) macht im Anschluss an die Veröffentlichung von Madden darauf aufmerksam, dass die suprapubische Drainage der vollen Blase sicherer ist als die Punktion der Blase, bei welcher das Peritoneum verletzt werden kann.

De Francisco (14) schlägt vor, die Blasennaht nur mit einer einzigen Seidenknopfnahtreihe (mit Ausschluss der Mukosa) zu vereinigen, die Fäden lang zu lassen und zwecks Kapillardrainage des Cavum Retzii im unteren Wundwinkel herauszuleiten. Unter 11 Fällen kam es einmal zu vorübergehender Blasenfistel und einmal zur Blasenblutung, so dass die Blase nochmals geöffnet werden musste.

Bogoras (3) modifiziert die Rasumowskysche Blasennaht in der Weise, dass er durch die Muskularis der Blasenwunde eine Beutelnaht legt, deren Enden im oberen Winkel der Bauchmuskelnaht und der Haut durchgestossen und geknüpft werden; eine Hilfsnaht wird quer durch Haut und Blase gelegt und darüber die Haut vereinigt; in zwei Fällen erprobt.

3. Missbildungen.

1. Bérard und Cotte, Exstrophie de la vessie. Soc. de Méd. de Lyon. Revue de Chir. Bd. 47. p. 910. (Bei bereits aufgetretenen Erscheinungen von Niereninfektion soll vor der Ureterenverpflanzung eine doppelseitige Nephrostomie vorgenommen werden.)
2. Brandl, K., Ectopia vesicae. Amer. Journ. of Urol. Bd. 9. p. 333. (Zwei Fälle; vergeblicher Versuch eines plastischen Verschlusses der Blase.)
3. *Braun, G., Über die Ectopia vesicae im Anschluss an einen Fall von Ectopia vesicae, Hernia umbilicalis und Uterus myomatosus. Inaug.-Diss. München 1912.
4. Brewer, G. E., Exstrophy of the bladder. New York. Surg. Soc. Sitzg. vom 22. Jan. Annals of Surg. Bd. 57. p. 781. (Einpflanzung der Ureteren in das S Romanum.)
5. Cuneo, La cura della estrofia della vescica. Arch. ital. di Ginec. 1912. Nr. 4. (Siehe Jahresber. Bd. 26. p. 333.)
6. Gemmell, J. E., und A. M. Paterson, Duplication of bladder, vagina and vulva. Journ. of Obst. and Gyn. of Brit. Emp. Bd. 23. Nr. 1. (Verdoppelung aller Beckenorgane, einschliesslich Blase und Urethra, bei Symphysenspalte.)
7. Gosset, Un cas d'exstrophie vésicale guéri par l'opération de Heitz-Boyer-Hovelacque. Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris. p. 229. (Nach zwei vergeblichen plastischen Operationsversuchen Einpflanzung der Ureteren in das Kolon.)
8. *Houzel, G., Fissure vésicale inférieure, inversion vésicale, étranglement. Journ. d'Urol. Bd. 3. p. 25.
9. Lerda, G., Behandlung der Blasenektopie. Journ. de Chir. Paris. Bd. 10. Nr. 5. (Fall von Lappenplastik.)
10. *Lorthioir, Extrophie vésicale. Soc. Belge de Chir. 1912. Archives gén. de Chir. Nr. 2. p. 188.
11. Mirowortzeff, Blasenektopie. Russ. urol. Ges. St. Petersburg. Zeitschr. f. Urol. Bd. 7. p. 579. (20mal erfolglos operiert, schliesslich Einpflanzung der Ureteren in das Rektum, seit $2^1/_2$ Jahren geheilt, aber mit Inkontinenz des Darms gegen Harn, an deren operativer Beseitigung der Tod an akuter Sepsis eintrat.)
12. Pfanner, Über einen Fall von mehrfacher Missbildung. 85. Versamml. deutsch. Naturf. u. Ärzte, Abt. f. Chir. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 2252. (Blasendivertikel und Urachusspalte bei Spina bifida, deren Kombination mit Blasendivertikeln für nicht selten gehalten wird.)
13. Pielkiewicz, J., Blasenektopie, Bildung einer neuen Harnblase und Harnröhre. Przeglad chir. i gin. Bd. 8. Heft 2. p. 225—237. (Polnisch.) (Drei Fälle aus der Klinik von Ciechomski in Warschau.) (v. Neugebauer.)
14. Schmitt, A., Zur Operation der Harnblasenektopie. III. Tagung d. Vereinig. bayr. Chir. München. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 1683. (Maydlsche Operation mit Dauererfolg seit $8^1/_2$ Jahren; Fall von v. Stubenrauch von Dauerheilung seit fünf Jahren und dreistündiger Kontinenz nach Implantation des Blasenstückes in eine ausgeschaltete Dünndarmschlinge und Fall von Maydlscher Operation mit tödlicher Pyelonephritis; vierjährige Dauerheilung nach Maydlscher Operation von Kreuter.)

15. Simpson, Congenital anomalies connected with umbilical structures. Liverpool. Med. Inst. Sitzg. vom 9. Jan. Lancet. Bd. 1. p. 245. (Zwei Fälle von Ektopie der Blase nach Maydl operiert, ein Operationstodesfall und ein Todesfall vier Monate nach der Operation an Pyelitis.)
16. Stiles, H. J., Exstrophy of the bladder. Edinburgh. Med.-Chir. Soc. Sitzg. vom 18. Dez. 1912. Lancet. Bd. 1. p. 33. (Maydlsche Operation, möglichst schräge Einpflanzung in den Darm.)
17. *Taddei, D., Sur la typhlo-urétérostomie après exclusion du caecum et appendicostomie dans le traitement de l'exstrophie vésicale. Revue de Chir. Bd. 47. p. 37. (Empfehlung der Cökumausschaltung und der Einpflanzung der Ureteren in dasselbe nach dem Vorgange von Verhoogen und Makas; aus Tierversuchen wird gefolgert, dass die Darmschleimhaut die Berührung mit Harn gut verträgt, eine Metaplasie im Sinne des vesikalen und ureteralen Typus aber nicht auftrat; dasselbe Verfahren wird bei sonst inoperablen Blasenscheidenfisteln, bei malignen Tumoren des Trigonum mit Einbeziehung der Uretermündungen und bei diffuser und rezidivierender Papillomatose, wenn die Totalexstirpation der Blase geboten ist, empfohlen.)
18. *Vulliet, H., Operative Behandlung der Blasenektopie. Lyon. chir. Bd. 9. Nr. 6.
19. Wilms, Blasenektopie. Naturhist.-med. Verein Heidelberg. Sitzg. vom 10. Dez. 1912. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 382. (Fall von Einpflanzung der Ureteren in den Mastdarm; der Trendelenburgschen Behandlung wird in Rücksicht auf die Gefahr der Pyelitis der Vorzug gegeben.)

Braun (3) beschreibt einen Fall von Blasenektopie bei einer 37jährigen Frau mit Spaltung der Klitoris und Nichtvereinigung der grossen und kleinen Schamlippen, im achten Lebensjahre entstandenem Nabelbruch und Uterusmyom. Es wurde nur das Myom und die Hernie operiert, die Operation der Blasenektopie aber abgelehnt.

Lorthioir (10) stellte bei Blasenektopie bei einem vier Monate alten Kinde zuerst eine Blasenscheidenfistel her und bildete dann eine neue Blase durch Mobilisierung und Wiedervereinigung der abgelösten Hautlappen. Der Dauerkatheter wurde nach Epithelialisierung des Canalis vesico-vaginalis entfernt.

Vulliet (18) stellt fest, dass bei Blasenektopie 41% der Kinder vor dem fünften Lebensjahre starben, 18% zwischen 5 und 10 und 30% zwischen 10—15 Jahren. Man sollte demnach mit der Operation bis zum siebenten Lebensjahre warten. Bei einem dreijährigen, mittelst Lappenplastik operierten Kinde kam es zu Cystitis, aufsteigender Infektion und Steinbildung, so dass die Ureteren in eine ausgeschaltete Kolonschlinge eingeleitet wurden, jedoch starb das Kind an der Operation.

Houzel (8) beschreibt bei einem 13 Monate alten Mädchen eine nussgrosse eingeklemmte Geschwulst in der Vulva unter der Symphyse, die sich als untere Blasenfissur mit Inversion und Einklemmung der Blasenwand erwies. Nach Reposition der Blase wurde die Öffnung halbkreisförmig umschnitten und die losgelöste Schleimhaut vernäht, dann Fixation durch eine zweite Nahtreihe an der Symphyse; Heilung. Aus der Literatur konnten nur vier ähnliche Fälle gesammelt werden.

4. Neurosen und Funktionsstörungen.

1. *Albeck, V., Untersuchungen über die Funktion der weiblichen Blase. X. Kongr. d. Nord. chir. Vereins, Kopenhagen. Gyn. Sekt. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 1477.
2. Altkaufer, H., Dreijähriges rachitisches Mädchen vorgestellt nach Gersuny-Operation und Plastik aus den kleinen Schamlippen wegen Harninkontinenz mit bei Inversio totius vesicae per urethram dilatatam und prolapsus recti. Funktionelles Resultat nach drei Wochen noch so gut, dass das Kind Harnbedürfnis empfindet und während der Nacht nur einmal harnen muss. Przeglad chir. i gin. Bd. 9. Heft 1. p. 106—107. (Polnisch.) (v. Neugebauer.)
3. Bachrach, R., Kongenitale Blasenhalsklappe. 85. Vers. deutsch. Naturf. u. Ärzte. Wien. Chir. Sekt. Zentralbl. f. Chir. Bd. 40. p. 2008. (Harnabflusshindernis bei einem dreijährigen Kinde, beiderseits Hydroureter und Hydronephrose, Urämie, Exitus.)
4. *Baldy, J. M., Incontinence of urine, complete and incomplete. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 17. Nr. 5.
5. *Barton, W. M., Kaliumpermanganat als lokales Anästhetikum der Urogenitalschleimhäute. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 61. p. 196.

6. Berry, V., Urinary symptoms caused by uterine fibroids. Oklahama State Med. Assoc. Journ. Bd. 5. Nr. 10.
6a. Van der Bogert, F., Enuresis and chronic digestive disturbances. Med. Soc. of the State of New York. Sect. on Ped. Sitzg. vom 1. Mai. Med. Record. New York. Bd. 83. p. 959. (Führt die Enuresis bei Kindern auf Darmstörungen zurück.)
7. *Bonnier, P., Nasenbehandlung und Incontinentia urinae. Arch. internat. de Laryng., d'Otol. et de Rhinol. Bd. 35. Nr. 2.
8. Bugbee, H. G., Relief of vesical obstruction in selected cases. New York. State Journ. of Med. Bd. 13. p. 407.
9. Chenhall, W. T., Frequency of micturition cured by ventrofixation of uterus. Australas. Med. Gaz. Sidney. Bd. 33. Nr. 6.
10. Chetwood, Contracture of the neck of the bladder. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 60. Nr. 4. (Macht auf das Vorkommen von Strikturen am Blasenausgang als Folgezustand chronischer Entzündung aufmerksam.)
11. Collin, A., Incontinence nocturne d'urine d'origine gastro-hépatique. Journ. d'Urol. Bd. 3. p. 35. (Beschuldigt Verdauungsstörungen als Ursache der Enuresis bei Kindern, die bereits die Herrschaft über ihre Blase erlangt hatten; die Enuresis intermittiert; ein besonders tiefer Schlaf wirkt als begünstigendes Moment. Beseitigung durch Behandlung der Verdauungsstörungen.)
12. Courtade, D., Influence du spasme de l'urètre dans la pathogénie des paralysies vésicales d'origine neurasthénique; action des courants galvano-faradiques. Bull. et Mém. de la Soc. de méd. de Paris. Sitzg. vom 22. Febr. Journ. d'Urol. Bd. 3. p. 674. (Aus Titel ersichtlich.)
13. Deton, W., Barre interurétérale cause principale d'une rétention complète; opération, amélioration. Journ. d'Urol. Bd. 4. p. 237. (Fingerbreiter, interureteraler Schleimhautwulst als Ursache der Retention, der exstirpiert wurde.)
14. *Ebeler, F., Zur Bekämpfung der Retentio urinae durch Pituitrin. Zeitschr. f. gyn. Urol. Bd. 4. p. 55.
15. Edling, E., Röntgenbilder einer dilatierten exzentrisch hypertrophierten Harnblase. Schwed. geb.-gyn. Sekt. Sitzg. vom 25. Mai. Gyn. Rundschau. Bd. 7. p. 303. (Sectio alta, Fistelbildung; später Galvanisation der Blase mit Verschwinden der Blasenbeschwerden.)
16. Fehling, H., Zur Behandlung der Blasenschwäche des Weibes. Med. Klinik. Bd. 9. p. 281. (Siehe Jahresber. Bd. 26. p. 336.)
17. Ferro, C., Contributo clinico all' applicazione della cistopessia per il ripristino delle funzioni vescicali. Policlinico, Sez. prat. Bd. 20. Nr. 15. (Postinfektiöse toxische Lähmung nach Pneumonie. Sectio suprapubica mit Erfolg, der auf die hierbei notwendige Kystopexie zurückgeführt wird.)
18. *Ferroni, La deviazione dell' uretra nell' incontinenza dell' urina. Gazz. degli osped. e d. clin. Nr. 80.
19. Fletcher, E. A., Retention of urine. Wisconsin Med. Journ. Milwaukee. Bd. 11. Nr. 9.
20. *Franz, R., Über die Wirkung des Pituitrins bei postoperativer Harnverhaltung. Mitteil. d. Vereins d. Ärzte in Steiermark. 1912. Nr. 4.
21. Frazier und Mills, Intradural root anastomosis for the relief of paralysis of the bladder. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 59. Nr. 25. (Bei totaler Blasenlähmung und anderen peripheren Lähmungen durch Trauma gegen den zweiten Lendenwirbel wurden die Nervenwurzeln intradural freigelegt und die erste Lumbalwurzel mit dem dritten und vierten Sakralnerv vereinigt; erhebliche Besserung.)
22. Freydier, E., Contribution à l'étude de l'enurésis infantile. Thèse de Lyon. 1912.
23. *Fritsch, G., Hexal als Sedativum. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 1370.
24. *Fritsche, E., Über Incontinentia urinae. Inaug.-Diss. Freiburg 1912.
25. Furniss, D., Intraligamentous fibroid causing periodical retention of urine. New York. Acad. of Med. Sect. of Obst. and Gyn. Med. Record. New York. Bd. 84. p. 363. (Periodische Retention und später Blasendrang und Pollakiurie durch ein zweifaustgrosses Uterusmyom.)
26. *Gardlund, W., Zwei Fälle von Incontinentia urinae. Schwed. geb.-gyn. Sekt. Sitzg. vom 26. April 1912. Gyn. Rundschau. Bd. 7. p. 269.
27. Guyot und Jeanneney, Fibrome utérin et rétention d'urine. Soc. anat.-clin. de Bordeaux. Sitzg. vom 3. März. Journ. de Méd. de Bordeaux. Bd. 84. p. 471. (Harn-

retention als erstes und einziges subjektives Symptom eines grossen interligamentären Uterusmyoms.)

28. Hedlund, J. A., Über einen Fall von erweiterter, exzentrisch hypertrophierter Harnblase, mit Hilfe der Radiographie diagnostiziert. Hygiea. 1912. p. 1177.
29. *Kelly, H. A., Inkontinenz der weiblichen Blase. The urol. and cut. Review. p. 291.
30. *Kirkpatrick, H., und W. C. Bradfield, Notes on a case of hypertrophy of the bladder in a child. Lancet. Bd. 2. p. 799.
31. *Latzko, Fall von Spina bifida occulta. Geb.-gyn. Ges. Wien. Sitzg. vom 11. Febr. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 1295.
32. Lenormant, Ch., Les troubles urinaires dans les traumatismes du rachis et de la moelle. Progrès méd. 1911. Ref. Zeitschr. f. Urol. Bd. 7. p. 74. (Als Folgen der spinalen Störungen der Nierenfunktion werden aszendierende Infektion und Pyelonephritis infolge der Retention, Hämaturie, Oligurie, Glykosurie und Steinbildung erwähnt, als Störungen der Blasenfunktion Retention, Verlust der Sensibilität der Blase, Blasenatonie etc.)
33. Lohnstein, H., Ein Fall von akuter Harnretention bei Gynatresie. Zeitschr. f. Urol. Bd. 7. p. 630 u. 698. (Hämelythrometra wegen Atresia hymenalis bei einem 15jährigen Mädchen, Retention, wohl Folge einer Längszerrung der Harnröhre und Kongestion des Sphinkters; es bestand Balkenblase. Öffnung des Hymens, Tod an eitriger Peritonitis nicht aufgeklärten Ursprungs. In der Diskussion erwähnt Freudenberg einen Fall von inkompletter Retention, stinkendem Harn und Trabekelblase von unaufgeklärter Ursache bei einem neunjährigen Mädchen.)
34. Mucharinky, M. A., Spina bifida, Retentio urinae, Hydro-uretero-pyelo-nephrosis bilateralis, diverticula vesicae urinariae. Zeitschr. f. Urol. Bd. 7. p. 885. (Ödem des Collum vesicae, mangelhafte Entwickelung der Blase infolge von Spina bifida, die Retentionserscheinungen — Trabekelblase, Divertikel, Erweiterung der Harnleiter und Nierenbecken sind sekundär. Röntgenbild.)
35. *Muret, Incontinence d'urine et prolapsus vaginal. VII. franz. Kongr. f. Gyn., Geb. u. Päd. Annales de Gyn. et d'Obst. 2. Serie. Bd. 10. p. 305 u. Revue de Gyn. Bd. 20. Nr. 4/5.
36. Newman, D., Cases illustrating certain urinary conditions in women associated with frequent or painful micturition. Glasgow. Med. Journ. Bd. 79. Nr. 5. Clin. Journ. Bd. 42. Nr. 13. (Acht Fälle, je zwei von Koli- und Staphylokokkeninfektion, je ein Fall von Blasentuberkulose, von Hyperazidität, von Polypen der Blase und von Nephroptose mit schmerzhafter Harnentleerung wahrscheinlich durch Zerrung des rechten Ureters.)
37. *Pery, Incontinence d'urine tardive chez des accouchées. Soc. d'Obst. de Gyn. et de Péd. de Bordeaux. Sitzg. vom 22. April. Journ. de Méd. de Bordeaux. Bd. 84. p. 562.
38. Revillet, Trois cas de paralysie vésicale et de mort subite survenus dans le décours d'une pneumonie. Revue de Méd. April. (Als Ursache der Blasenlähmung wurden enzephalitische Herde vermutet.)
39. Rolpert, W., Über familiäres und hereditäres Vorkommen der Enuresis nocturna. Inaug.-Diss. Heidelberg 1912. (Kasuistik, die die Vererbung zu beweisen scheint.)
40. Rybak, Zur Behandlung der postoperativen Harnverhaltung. Nowoje w Med. Nr. 5. (Rybak hat die von Tronck angegebene Methode in 25 Fällen geprüft. Nach diversen Operationen wurde bei Harnverhaltung 20—30 ccm 2—5%iges Borglyzerin unter Druck in die Harnröhre gespritzt. Meistens erfolgt die Urinentleerung sofort, resp. nach 10—30 Minuten. Von 25 Fällen in 19 voller Erfolg. Wichtig ist, dass nicht bloss sofortige Harnentleerung erzielt wird, sondern dass auch fernerhin normale Blasenfunktion eintritt.) (H. Jentter.)
41. *Saenger, Zusammenhang von Myelodysplasie und Enuresis nocturna. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 47/48. (Festschrift für Strümpell.)
42. Simpson, J. W., Incontinence of urine in children. Edinb. Med. Journ. N. S. Bd. 10. p. 49. (Empfiehlt neben geeigneter Allgemeinbehandlung besonders Belladonna nach vorheriger Korrektur eines zu sauren oder zu alkalischen Harns, bei Koliinfektion Urotropin.)
43. *Steffeck, P., Beitrag zur Operation der Incontinentia urinae und der grösseren Genitalprolapse. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 75. p. 221.
44. *Schwarz, O., Die sogenannte nervöse Pollakiurie bei Frauen. IV. Kongr. d. deutsch. Ges. f. Urol. Berlin. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 2278.

45. *Trembur, F., Neuere, insbesondere röntgenologische und kystoskopische Befunde bei erwachsenen Enuresis nocturna-Kranken. Med. Klinik. Bd. 9. p. 1494.
46. Wilson, H., Two cases of idiopathic muscular paresis of the bladder. Saint Bartholomews hosp. rep. Bd. 48. Ref. Zentralbl. f. Chir. Bd. 40. p. 701. (Ohne mechanisches Hindernis und ohne Zeichen eines organischen Nervenleidens.)

Latzko (31) beschreibt einen Fall von Incontinentia urinae bei Spina bifida occulta und führt sie auf Sphinkterlähmung zurück; ausserdem war Parese des Levator ani auch für faradische Ströme vorhanden. Zur Beseitigung der Inkontinenz wäre an Paraffinprothese oder Gersunysche Achsendrehung der Harnröhre zu denken. In der Diskussion wird von Herzfeld der Gersunyschen Achsendrehung weitaus der Vorzug vor den Paraffininjektionen gegeben, welche von Herzfeld, Fleischmann und Novak verworfen werden. Fleischmann empfiehlt zur Herstellung der Kontinenz die Freilegung von Blasenhals und Urethra von der Scheide aus, quere Verengerung des Ostium internum durch Naht und Bildung eines Sporns in der hinteren Urethralwand durch Sagittalnähte; bei der Göbelschen Operation (Achterbildung aus den Mm. pyramidales) hatte Fleischmann einen Misserfolg durch Atrophie dieser Muskeln. Halban befürwortet die von Fleischmann verwendete Methode.

Sänger (41) weist an einem durch Röntgendiagnostik festgestellten Falle den Zusammenhang von Enuresis mit Spina bifida occulta nach, gibt aber auch eine auf rein nervöser Grundlage beruhende Enuresis zu.

Bonnier (7) glaubt, dass bei Incontinentia urinae durch Galvanokauterisation der Nasenschleimhaut die Aktivität des Blasensphinkters gekräftigt oder hervorgerufen werden könne.

Freydier (22) führt die Enuresis der Kinder auf hereditäre Momente zurück, ausserdem erwähnt er das Vorkommen einer sekundären Inkontinenz infolge entweder von Geburtslähmung der dritten und vierten Sakralwurzeln oder von Anomalien des Fussgewölbes (Plattfuss etc.).

Trembur (45) fand bei einer grossen Zahl erwachsener Enuresiskranker Störungen in den Hautstrich- und Sehnenreflexen, Störungen des Empfindungsvermögens (Thermhypästhesie, Thermanästhesie, Hypalgesie) an den distalen Enden der unteren Extremitäten, besonders im Bereiche der Plantarseite der fibularwärts gelegenen Zehen, aber auch an Füssen und Unterschenkeln, ferner eine mehr oder weniger stark ausgebildete Spina bifida occulta, sowie eine Trabekelblase. Als Ursache wird mit grosser Wahrscheinlichkeit eine Hemmungsbildung des untersten Rückenmarksabschnittes (Myelodysplasie) angesprochen.

Schwarz (44) nimmt eine ovarielle Ursache bei der nervösen Pollakiurie der Frauen in Anspruch und führt als Beweis Verschwinden während der Menstruation und nach Gebrauch von Ovarientabletten an. In der Diskussion führt Teleky diese Erscheinung auf mechanische Verhältnisse (z. B. Retroflexion) zurück. Oppenheimer deutet sie als nervöses Symptom, Freudenberg als Folge ganz geringer anatomischer Veränderungen. Knorr hat 90% der Fälle durch intravesikale oder mechanische Behandlung geheilt.

Pery (37) beobachtete zwei Fälle von Blaseninkontinenz im Spätwochenbett, 20 bzw. 30 Tage nach der Entbindung aufgetreten, die er auf Sphinkterschwäche, vielleicht auch auf Druck des antevertierten Uterus zurückführt. Beide Fälle wurden durch faradischen Strom, der eine erst nach längerer Behandlung geheilt. Fieux erklärt in der Diskussion diese Fälle nicht für selten; von der Anwendung von Strychnin hat er keinen Erfolg beobachtet, sondern er glaubt, dass die Heilung spontan erfolgt.

Albeck (1) fand unter 250 genitalkranken Frauen 130mal Residualharn, darunter 52mal mit Bakteriurie, 12mal mit Pyurie und 16mal mit Bakterien im Harn. Die Ursache ist nicht in einem Hindernis bei der Entleerung, sondern in Dislokation der Blase bei Tumoren oder Prolapsen, in Adhärenzen nach Peritonitis, in seniler oder postoperativer Erschlaffung der Blasenwand oder in übermässiger Ausdehnung der Blase im Wochenbett zu suchen.

Franz (20) hält das Pituitrin bei postoperativer Harnverhaltung nur dann für wirksam, wenn nur geringe Schädigung der Blase bewirkt worden war, da unter 12 Fällen wohl vermehrte Diurese, aber nur dreimal spontaner Harnabgang eintrat.

Ebeler (14) bestätigt die günstige Wirkung des Pituitrins bei Harnretention im Wochenbett und nach Bauch- und Genitaloperationen und fand die Wirkung am sichersten bei stärker gefüllter Blase, wo sie schon nach 5—10 Minuten eintritt. Eine zweite Injektion soll erst mehrere Stunden später gemacht werden, in welche Zeit die Hauptwirkung fällt.

Zu neuer Retention kam es fast niemals und in der Hälfte der Fälle war die Wirkung eine dauernde, indem der Harndrang, zwar in geringerem Grade, bis zu 12 Stunden anhielt.

Fritsch (23) empfiehlt das Hexal in Kombination mit Yoghurt (zur Beeinflussung der Darmstörungen) als sehr wertvolles sedatives Mittel für die Blasenfunktion, besonders zur Beseitigung von Harndrang und Erhöhung des Willenimpulses auf die Blasenmuskulatur.

Barton (5) fand bei Tenesmus das Kaliumpermanganat (1 : 2500—5000) von reizmildernder Wirkung auf Harnröhren- und Blasenschleimhaut.

Kirkpatrick und Bradfield (30) beschreiben eine hochgradige Hypertrophie der Blasenmuskularis bei einem siebenjährigen Mädchen, die einen förmlichen Tumor im Hypogastrium bildete, infolge von Faltenbildung am Ostium internum der Harnröhre. Das Kind unterlag an Synkope nach der Sectio alta.

Operative Therapie der Inkontinenz.

Baldy (4) schlägt bei urethraler und Sphinkterinkontinenz die Anfrischung der Scheidenschleimhaut etwa 2 cm ober- und unterhalb des Blasenhalses und die Wiedervereinigung der Gewebe zum Zweck eines festen Druckes gegen den Sphinkter vor. Die Anfrischung soll ovalär und bis in, nicht völlig durch das unterliegende Bindegewebe geführt werden. Die erste Naht ist in der Mitte der Anfrischungsfigur direkt über dem Blasenhals angelegt worden und nach genauer Aneinanderpassung und Naht ist eine feste Stützligatur an der Stelle der grössten Spannung anzulegen.

Ferroni (18) verlagerte bei Inkontinenz infolge Sphinkteratonie die durch vaginalen Schnitt freigelegte Harnröhre nach der Seite, so dass eine winklige Krümmung aber ohne Faltenbildung entstand, und fixierte sie in dieser Lage, mit sofortigem guten funktionellen Erfolg.

Fritsche (24) beschreibt drei Fälle von Harninkontinenz geburtshilflichen Ursprungs, einmal nach Hebosteotomie, einmal nach Spontangeburt und einmal nach Ruptur der Symphyse. Die zwei ersten Fälle wurden mittelst Torsion der Urethra erfolgreich behandelt; im dritten Falle blieb die Kolpozystorrhaphie und die Faradisation ohne Erfolg, erst nach epiduralen Injektionen von Kochsalzlösung erfolgte langsame Heilung.

Gardlund (26) zog in einem Falle von Blaseninkontinenz, als deren Ursache Schwäche des Sphinkters angenommen wurde, die beiden Musculi pyramidales herunter und nähte sie unterhalb der freigelegten Urethra an. Der Erfolg war nur ein teilweiser, weil eine Verletzung der Blase entstand, jedoch erfolgte später Heilung mit Kontinenz. In einem zweiten Falle von Harninkontinenz, wahrscheinlich auf nervös-hysterischer Basis, wurde mittelst Elektrizität, Dilatation und Massage Erfolg erzielt.

Kelly (29) beschreibt eine Form der Inkontinenz, welche nach dem Wochenbett — etwa nach 40 Tagen — auftritt und bei welcher keine Läsion des Harntraktus gefunden wird. Die Behandlung hat sich auf das Orifizium internum und den Sphinkter zu richten und besteht in Inzision der vorderen Vaginalwand, Abpräparieren eines Vaginallappens beiderseits auf 2 cm Entfernung vom Blasenhals, Abtragung dieser Lappen und Vereinigung der Gewebe und der Scheidenwand über dem Blasenhals zur Bildung eines neuen Sphinkters.

Muret (35) führt die Inkontinenz bei Scheidenvorfällen auf die Hereinziehung des Septum urethrovaginale in den Vorfall und die hierdurch bewirkte trichterförmige Erweiterung des oberen Teiles der Harnröhre zurück. Bei der Operation solcher Scheidenvorfälle muss auf die Verengerung der Harnröhre Bedacht genommen werden und es wird Anfrischung und Naht in T-Form empfohlen. In der Diskussion empfiehlt Pozzi eine breite Anfrischung zur Verengerung und Abplattung der Harnröhre, während er in der Muretschen Operation die Gefahr einer Verletzung der Ureteren gegeben sieht.

Steffeck (43) schlägt zur Beseitigung hochgradiger Inkontinenz die ausgedehnte Ablösung der Blase von Cervix und Ligamentum latum und von der vorderen Scheidenwand bis zur Urethralmündung herab von einem die Portio umziehenden konkaven Scheidenschnitt aus vor. Hierauf wird die Scheidenwand bis dicht unterhalb des Orificium urethrae median gespalten, nach oben das Peritoneum eröffnet, der Uterus vorgeholt und nach Unterbindung der Tuben mit Seide zur Sterilisation wieder zur Hälfte reponiert und nach eventueller Raffung der Blasenwand das Blasenperitoneum an der Hinterwand des Fundus uteri oder bei grossem Uterus direkt auf der Kuppe fixiert und die extraperitoneal liegende Kuppe im oberen Winkel der Scheidenwunde befestigt. Zuletzt wird die Scheidenwand unter Mitfassen des Uterus vereinigt. In sechs Fällen wurde mit dieser Methode voller Erfolg erzielt.

5. Blasenblutungen.

1. *Kidd, F., Purpura of the bladder. Annals of Surg. Bd. 58. p. 388.
2. Müller, J., Schwere Blasenblutungen. Klinischer Demonstrationsabend des allg. städt. Krankenhauses Nürnberg. 28. Nov. 1912. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 93. (Karzinom der rechten Blasenwand mit schweren Blutungen.)
3. Reinhart, Variköse Blutungen der Blase während der Schwangerschaft und Geburt. Ärzteverein Wiesbaden. Sitzg. vom 21. Mai. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 1375.
4. *Walsh, F. C., Kystoskopie bei Purpura haemorrhagica. Amer. Journ. of Surg. Bd. 27. p. 382.

Kidd (1) beschreibt einen Fall von Blasenblutungen mit kystoskopischem Nachweis zahlreicher submuköser Blutaustritte von Stecknadelkopf- bis zu Halbfrankengrösse, besonders im Blasengrund. Die Purpuraflecken verschwanden nach Behandlung mit Kalziumlactat von selbst.

Walsh (4) beschreibt einen Fall von zahlreichen Schleimhautblutungen in die Blase bei einer an Purpura haemorrhagica leidenden Kranken, mit Hämaturien. Die Nieren lieferten beiderseits normales Sekret. Exitus.

6. Cystitis.

1. Abadie, La fausse péricystite par lésions génitales tuberculeuses chez la femme. 26. franz. Chir.-Kongr. Revue de Chir. Bd. 48. p. 463. (Ein Fall.)
2. *Aversenq, Péricystite. XVII. franz. Urologenkongr. Journ. d'Urol. Bd. 4. p. 805.
3. *Bauereisen, A., Über die Ausbreitungswege der postoperativen Infektion in den weiblichen Harnorganen. Zeitschr. f. gyn. Urol. Bd. 4. p. 1 u. Med. Ges. Kiel. Sitzg. vom 7. Nov. 1912. Med. Klinik. Bd. 9. p. 77 u. 863.
4. *Blum, V., Cystitis haemorrhagica und Ulcus simplex. IV. Kongr. d. deutsch. Ges. f. Urol. Berlin. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 2278.
5. Brocks, Beitrag zur Frage der postoperativen Cystitis. Inaug.-Diss. Erlangen 1912. (Siehe Jahresbericht Bd. 26. p. 341.)
6. *Buerger, L., The pathology and treatment of callous ulcer of the bladder. Med. Record. New York. Bd. 83. p. 656.
7. *— Ulcer of the bladder. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 60. p. 419.
8. *— Ein Beitrag zur Kenntnis von Ulcus simplex vesicae. Fol. urol. Bd. 7. Nr. 9.
9. *Burnam, C. F., Formaldehyde irrigations for bladder and kidney infections. Arch. of intern. Med. 1912. Okt.
10. *Businco, Sulla natura infiammatoria della cistite cistica e sulla patogenese delle varici vesicali. Riv. ospedal. Bd. 3. Nr. 17.
11. *Caillet, C., Diagnosis of vesical complications in appendicitis and other lesions of abdominal viscera. Amer. Journ. of Urol. Bd. 9. Nr. 7.
12. *Crockett, F. S., Use of thermostabile toxines in urethral and bladder infections. New York. Med. Journ. Bd. 97. p. 1296.
13. *Dimitrieff, Fall von Gangrän der Harnblase. Russ. urol. Ges. Sitzg. vom 9. Nov. 1912. Zeitschr. f. Urol. Bd. 7. p. 574.
14. *Dreyer, A., Zur Klinik der Blasensyphilis. Dermat. Zeitschr. Heft 6 u. 7.
15. Ducastaing, R., Sur un cas de cystite au cours d'une scarlatine. Journ. d'Urol. Bd. 3. p. 328. (Sieben Monate lang anhaltende Cystitis; weder Gonorrhoe noch Tuberkulose.)
16. Farnarier, G., Essai sur le traitement des cystites par l'enfumage jode. Paris 1912. (Siehe Jahresber. Bd. 26. p. 342.)
17. *François, J., Sur la transformation de la cystite kystique en cystites glandulaire. Journ. d'Urol. Bd. 4. p. 207.
18. *Frankenau, Die Harnkrankheiten des Kindes. Nürnberger med. Ges. u. Poliklinik. Sitzg. vom 24. April. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 1745.
19. *Giudice, A., Sulla permanenza dei microorganismi nella vescica normale. Liguria med. 1912. Nr. 4. Ref. Zeitschr. f. Urol. Bd. 7. p. 606.
20. Godard, L., Einige Indikationen der Cystostomia suprapubica mit Beobachtungen. Amer. Journ. of Urol. Bd. 9. p. 223. (Fall von Anlegung einer suprasymphysären Blasenfistel wegen hochgradig schmerzhafter Cystitis gonorrhoischen Ursprungs; die Schmerzen kehrten auch nach spontaner Fistelheilung nicht wieder.)

21. *Gorodistsch, S. M., Zur Pathologie und Therapie der Cystitis colli proliferans seu vegetativa. Zeitschr. f. Urol. Bd. 7. p. 81.
22. Griffith, F. W., Etiology and treatment of cystitis in women. Southern Med. Journ. Bd. 6. Nr. 7.
23. Hadden, D., Urinary tract infections in women. California State Journ. of Med. San Francisco. Bd. 9. Nr. 1. (Führt Infektion der Harnwege besonders auf Dislokationen der Genitalorgane, Deszensus und Prolaps zurück und empfiehlt ausser der Bekämpfung der Infektion selbst die operative Beseitigung der grundlegenden Ursache.)
23a. *Haim, E., Beitrag zu den Blasenerkrankungen bei entzündlichen Erkrankungen der Adnexe. Zeitschr. f. gyn. Urol. Bd. 4. p. 63.
24. Harrison, W., Cystitis und Harnantiseptika, nebst einer Bemerkung über Harnanalyse zur Feststellung von Formaldehyd. Lancet. 1912. Bd. 1. 18. Mai. (Vorschrift der Helmitoldarreichung mit Kal. citricum und Extr. tritici sep. in Wasser.)
25. *Heath, O., The significance of frequency and tenesmus in acute cystitis. Brit. Med. Journ. Bd. 2. p. 1430.
26. Henkel, Partielle Aussackung der hinteren Uteruswand. Naturwiss.-med. Ges. Jena. Sitzg. vom 17. Nov. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 2863. (Retroflexio fixata uteri gravidi mens. V. mit schwerer eitriger Cystitis.)
27. *Hertle, J., Polypenbildung am Orificium urethrae der weiblichen Harnblase bei Cystitis. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 81. Festschr. f. V. v. Hacker.
28. *Hock, A., Über paravesikale chronisch-entzündliche Bauchdeckengeschwülste. Zeitschrift f. urol. Chir. Bd. 1. p. 453.
29. — Über paravesikale chronisch-entzündliche Bauchdeckengeschwülste. Verein deutsch. Ärzte in Prag. Sitzg. vom 24. Jan. Prager med. Wochenschr. Bd. 38. p. 198. (Vorläufige Mitteilung; durch Seidenfaden nach Herniotomie bewirkte paravesikale Holzphlegmone.)
30. *Hottinger, R., Über Cystitis. Samml. zwangl. Abhandl. aus d. Geb. d. Dermat. u. Syph. Halle, C. Marhold. Bd. 2. Heft 7.
31. — Über Zysten der Harnblase. Fol. urol. Bd. 7. Nr. 7. (Kirschgrosse Retentionszyste der vorderen Blasenwand, wahrscheinlich aus einer Blasendrüse, auf entzündlichem Wege entstanden; Sectio alta, Abtragung.)
32. *Jansen, P., Die Ätiologie und Prophylaxe der postoperativen Cystitis. Inaug.-Diss. Freiburg.
33. *Imbert und Clément, Deux cas de péricystite annexielle. Soc. de Chir. de Marseille. Sitzg. vom 10. März. Revue de Chir. Bd. 47. p. 904.
34. Karlowitsch, E. J., Zur Frage von den selbständigen Eiterungen im Cavum Retzii. Russk. Wratsch. 1912. Nr. 51. Ref. Zentralbl. f. Chir. Bd. 40. p. 624. (Gänseeigrosser Abszess bei 20jähriger Frau. Inzision, Heilung. Streptokokkeninfektion.)
35. *Kroph, Untersuchung über die Beteiligung der Harnwege bei chronisch-entzündlichen Adnextumoren. 85. Versamml. deutsch. Naturf. u. Ärzte, Wien, Abteil. f. Geb. u. Gyn. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 1558.
36. *Lautenschläger, E. L., Die Morphologie und Genese der Bläschenbildungen in der Harnblase der Menschen und der Tiere. Inaug.-Diss. Heidelberg 1911.
37. Lefèvre, H., Ulcère simple perforant de la vessie. Journ. d'Urol. Bd. 3. p. 51. (Sektionsbefund bei einer 58jährigen, drei Wochen vorher an Schenkelhernie operierten Frau. Tod unter urämieähnlichen Erscheinungen; ein zehnpfennigstückgrosses Geschwür der hinteren Blasenwand war durchgebrochen.)
38. Lendorf, A., Fall von Leukoplakia vesicae. Hospitalstid. Nr. 31. (Bei Cystitis nach Gonorrhoe und Lues.)
39. Neuda, P., Fall von Quinckeschem Ödem mit periodischem Erbrechen und akuter zirkumskripter Schwellung in der Harnblase. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. Wien. Sitzg. vom 30. Okt. Wiener med. Wochenschr. Bd. 63. p. 3043. (Druckempfindlichkeit der Blase, rechts im Trigonum eine Partie strotzend gefüllter Gefässe, die rasch wieder verschwanden.)
40. *Newman, D., Chronic cystitis and retention of urine, treatment by drainage and its beneficial effect on damaged kidneys. Practitioner. London. Bd. 90. Nr. 4.
41. *Ottow, B., Kystoskopisch diagnostizierte und durch Laparotomie erwiesene bandartige Verwachsung zwischen Dünndarm und Blasenvertex. Zeitschr. f. gyn. Urol. Bd. 4. p. 29.

42. Parakh, F. R., A case of coli infection of the bladder after hysterectomy. Brit. Med. Journ. Bd. 2. p. 123. (Behandlung mit Autovakzine und Blasenspülungen mit günstigem Resultat.)
43. Picker, R., Ein Fall von Syphilis der Blase. Zeitschr. f. Urol. Bd. 7. p. 195 u. Orvosi Hetilap. Nr. 8. (Fünflappiges Gumma mit zentralem Substanzverlust am hinteren Ende des Trigonum.)
44. Pohl, J., Über die experimentelle Bewertung der Santalpräparate. Therap. Monatsh. 1912. Nr. 12. (Fand reines Sandelöl stark wirksam, ebenso Kawa-Zusatz, dagegen Gurjumbalsam, Allosan, Arrhorin, Maticoöl und Chlorkalzium ungenügend wirksam oder ganz unwirksam.)
45. Portner, E., Erkrankungen der Blase. Med. Klinik. Bd. 9. p. 1599. (Kurze Übersicht über Symptomatologie und Behandlung von akuter und chronischer Cystitis.)
46. *Schönberg, S., Zur Ätiologie der Cystitis emphysematosa; ein Beitrag zur Gasbildung der Bakterien der Koligruppe. Frankf. Zeitschr. f. Path. Bd. 12. p. 289.
47. Simon, L., Cystitis haemorrhagica. IV. Kongr. d. deutsch. Ges. f. Urol. Berlin. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 2278. (Nach hohen Urotropingaben — 8—10 g pro die.)
48. Simons, J., Case of (syphilitic?) ulcer of the bladder. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 60. p. 1943. (Mehrere kleine runde Geschwüre hinter dem Trigonum, deren Heilung erst auf Quecksilberbehandlung eintrat.)
49. *Smith, G. G., Chronic cystitis in women not a disease. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 61. p. 2038.
50. Stout, T. J., Management of chronic cystitis in female. Arkansas Med. Soc. Journ. Bd. 9. Nr. 11.
51. Teschemacher, Über Pneumaturie und scheinbares Aufhören der Glykosurie bei blasenkranken Diabetikern. Zeitschr. f. Urol. Bd. 7. p. 197. (Durch fermentative Zersetzung des Zuckers in der cystitisch erkrankten Blase erklärt.)
52. *Trebing, J., Kollargol bei Cystitis. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 1841.
53. *Unterberg, H., Die operative Heilung der rebellischen Cystitiden mittelst Blasencurettage und zeitweiliger Blasenfistel. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 84. Heft 1.
54. *Vautrin, Les kystes dermoides du cul-de-sac vésico-utérin. Annales de Gyn. et d'Obst. 2. Serie. Bd. 10. p. 637.
55. Volk, R., Herpes zoster der Blase. Ges. d. Ärzte in Wien. Sitzg. vom 5. Dez. Wiener med. Wochenschr. Bd. 63. p. 3243. (Mit hämorrhagischer Cystitis bei sterilem Harn.)
56. Vorster, C. E., Vesicaesan bei Erkrankungen der Nieren und Blase und bei Gonorrhoe. Dermat. Zentralbl. Bd. 14. Nr. 5. (Extrakt aus Folia uvae ursi, in Pillenform empfohlen.)
57. *Wenzel, W., Über Blasenblutungen bei Retroflexio uteri gravidi incarcerata. Inaug.-Diss. München.
58. *Zangemeister, Die Beziehungen der Erkrankungen der Harnorgane zu Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Verhandl. d. deutsch. Ges. f. Gyn. XV. Kongr. Leipzig. I. p. 64.

Zangemeister (58) beschreibt als Schwangerschaftsveränderungen der Harnröhre und Blase stärkere Schleimhautinjektion, Behinderung der Entfaltungsmöglichkeit der Blase nach hinten und später Aufwärtslagerung des Blasenfundus, aber nicht Herabsetzung des Fassungsvermögens, endlich mehr radiäre Richtung der Harnröhre zur Blase. Als Funktionsstörungen treten Vermehrung des Dranges und leichte Inkontinenz auf. Während der Geburt wird die Blase abgeplattet, Blasenboden und Trigonum mehr und mehr in die Länge gezogen und die Urethra in die Länge gedehnt, aber Fassungsvermögen und Spannungsempfindlichkeit der Blase ändern sich nicht. Geburtsfolgen können Epitheldefekte, Blutextravasate und Schwellungen der Schleimhaut sein. Im Wochenbett wird die Blase nach links gelagert, die Harnröhre wird schnell verkürzt und erfährt unter Längsdrehung Biegungen und Senkungen, das Fassungsvermögen der Blase steigt auf bis zu zwei Liter, Spannungsempfindlichkeit tritt erst bei einem Liter Füllung ein.

Von Erkrankungen der Harnröhre wird die Erhöhung der Gefahr einer Infektion und die Entstehung eines Urethralprolapses begünstigt.

In der Blase wird ein katarrhalischer Zustand erzeugt und die Disposition zu Infektion und Cystitis erhöht, wofür nicht die Kolibazillen, sondern die gewöhnlichen Eitererreger in Betracht kommen, ferner das Fortschreiten der Gonorrhoe auf der Blase erleichtert, weil

die Harnröhre wegen ihres veränderten Verlaufs einen geringeren Schutz für die Blase bildet. Etwa vorhandene Blasensteine werden aus den Seitentaschen herausgehoben und beweglicher. Cystocelen pflegen zu verschwinden.

Bei Retroflexio uteri gravidi wird die Ischurie in einer Reihe von Fällen nur durch Kompression der Harnröhre, in anderen Fällen zum Teil oder in erster Linie durch Streckung des Blasenbodens und der Harnröhre erklärt. Die Gangrän beruht auf der Harnretention und wird durch die Absperrung des Blutabflusses aus den Blasenvenen hervorgerufen. Die Gangrän betrifft stets die Schleimhaut samt den inneren Schichten der Muskularis. Die Blasenblutungen nach rascher Blasenentleerung werden durch die plötzliche starke Druckdifferenz und die Berstung der Gefässe in den Nekrosebezirken erklärt.

Von weiteren Erkrankungen werden Blasen- und Harnröhrenblutungen z. B. durch Blasenvarizen, Blasenrupturen, Verletzungen bei Fruchtabtreibung oder bei legalen ärztlichen Eingriffen und Durchbruch von extrauterinen Fruchtsäcken erwähnt. Blasenblutungen werden auch bei der Geburt beobachtet, ebenso Blasennekrose und Inversion der Blase mit Prolaps.

Die puerperale Ischurie wird auf eine Erschwerung der Harnröhrenpassage (durch Biegung oder Knickung bei der Geburt) einerseits und auf eine Herabsetzung des Blaseninnendrucks andererseits zurückgeführt. Die dadurch bewirkte Harnstauung kann Infektion und Cystitis begünstigen (Empfehlung des prophylaktischen Harnantiseptikums Myrmalid bei Katheterismus). Seltener ist Inkontinenz infolge von Quetschung und Zerrung, sowie von Zerreissungen der Harnröhrenmuskulatur, besonders bei Forzeps und Hebosteotomie, oder sekundär infolge der Narbenbildung, ferner Harnröhrenstrikturen und Urethrocelen. Cystitis kann durch direkte Einführung der Lochialmikroorganismen durch den Katheter oder auch durch spontanes Aszendieren entstehen. Zum mindesten selten ist die Infektion der Blase durch Infektionsherde in der Nachbarschaft der Blase, möglich ferner eine deszendierende Infektion von der Niere aus. Primäre Infektionserreger sind vor allem Staphylokokken, die aber im Wochenbett von Kolibazillen verdrängt werden, jedoch dominieren im Wochenbett auch bei frischen Cystitiden die Kolibazillen weit häufiger als sonst. Die Prognose der puerperalen Cystitis ist bei frühzeitiger Behandlung günstig. Entzündungen in der Wand der Blase können durch parametrane und paravesikale Exsudate, die auch durchbrechen können, bewirkt werden, ebenso auch durch peritoneale Infektion. Als weitere Wochenbettsfolgen werden Blasenhernien im Hebosteotomieknochenspalt, Blasensteine, die um eingewanderte Ligaturfäden sich bilden und Cystocele erwähnt.

Hottinger (30) beschränkt den Begriff Cystitis nur auf solche Fälle, in welchen pathologisch-anatomisch und klinisch das Substrat einer wirklichen Entzündung gegeben ist. Einen einheitlichen Infektionsträger gibt es nicht und meistens liegt Mischinfektion vor. Die Anwesenheit von Infektionsträgern genügt nicht, sondern es muss eine Reihe von begünstigenden Zuständen dazu kommen, um das Haften der Infektion zu ermöglichen. Für praktische Zwecke wird die Cystitis in eine primäre und in eine zu bereits bestehenden Blasenaffektionen hinzukommende sekundäre Form eingeteilt. Die Symptome bestehen in Rötung, Schwellung und Schmerz, wozu noch die Harntrübung kommt, die aber auch aus anderer Quelle stammen kann. Für die Diagnose spielt die Kystoskopie die massgebende Rolle. Die Therapie ist in akuten Fällen in lokaler Beziehung zurückhaltend, sowie diätetisch-symptomatisch, in chronischen Fällen besteht sie in antiseptischen Spülungen, Verweilkatheter, intravesikaler Lokalbehandlung, z. B. von Geschwüren, künstlicher Anlegung von Blasenfisteln etc. Als Anästhetikum wird 2—5%iges Cocainum nitricum oder Novokain empfohlen.

Smith (49) stellt auf Grund einer kritischen Sichtung von 98 Fällen den Satz auf, dass chronische Cystitis beim Weibe keine selbständige Krankheit ist. Von den untersuchten Fällen kommen 61% auf nichttuberkulöse Niereninfektion, 19% auf Nierentuberkulose, 7% auf Störungen der Blasenentleerung, 7% auf andere, besonders in den Beckenorganen lokalisierte Infektionen und 6% auf andere Ursachen. Die Behandlung muss demnach eine kausale sein. In der Diskussion findet diese Auffassung im allgemeinen Anklang, jedoch macht Fowler besonders auf die postoperative Cystitis und die Kathetercystitis aufmerksam.

Di Chiara (b. 34) bezeichnet die umschriebenen tiefroten Entzündungsherde mit Schwellung der intermediären Falten als charakteristisch für gonorrhoische Cystitis; im Trigonum kann die umgebende Schleimhaut völlig normal sein. Bei chronischer Cystitis nehmen die Flecke eine blassere, braune Farbe an und in ihrem Zentrum entstehen kleine Ulzera mit Infiltration. Therapeutisch werden Silbernitratinstillationen empfohlen, jedoch wird häufig vorher eine Herabsetzung der Toleranz der Blase mittelst Jodoformemulsion

(20%) oder Ichthyolsuppositorien nötig. Bei chronischer Cystitis mit Geschwürsbildung ist die Curettage und nachfolgende Behandlung mit 2% Silbernitrat oder mit Galvanokauterisation notwendig.

Heath (25) beseitigte eine postgonorrhoische Cystitis, bei welcher nur mehr Staphylokokken und Xerosebazillen nachweisbar waren und häufige Harnentleerung mit Tenesmus bestand, durch dreimalige Injektion einer autogenen Vakzine.

Giudici (19) fand bei Hunden und Kaninchen nach Injektion von Reinkulturen von Mikroorganismen in die gesunde Blase, dass der dauernde Harnstrom sie aus der Blase nicht schnell und vollständig wieder entleeren kann, dass aber dennoch die Blase gesund blieb. Prodigiosus fand sich nach 15, Koli noch nach 30 Tagen in der Blase.

Frankenau (18) bezeichnet Kolicystitis und -Pyelitis als die häufigste Erkrankung der Harnorgane, besonders bei weiblichen Säuglingen und empfiehlt Urotropin, Salol und wenn möglich natürliche Ernährung, zuweilen auch Blasenspülungen.

Burnam (9) empfiehlt bei Cystitis, besonders mit ammoniakalischer Zersetzung, Spülungen mit Formaldehydlösungen, und zwar im Verhältnis von 1 : 3750 bis 7500 bei Reizung 1 : 12 500. Das Nierenbecken verträgt dieselben Konzentrationen wie die Blase, jedoch dürfen Reizungszustände der Niere nicht vorhanden sein.

Crockett (12) macht den Vorschlag, Infektionen der Blase und Harnröhre mit Toxinen zu behandeln, die durch Filtration aus dem eiterhaltigen Harn selbst gewonnen wurden, also mittelst Autotoxinen. Subkutan injiziert bringen diese eine Lokalreaktion und eine allgemeine Reaktion, eine Besserung der Infektionserscheinungen hervor.

Trebing (52) erklärt das Kollargol bei Cystitis an Wirkung dem Silbernitrat für gleichwertig, an Dauerwirkung vielleich für überlegen. Es werden nach Borsäurespülung der Blase 100 ccm (1%) körperwarm mittelst Spritze injiziert und möglichst lang in der Blase belassen In fieberhaften Fällen muss täglich injiziert werden. Die besten Erfolge gibt die akute gonorrhoische Cystitis.

Newman (40) empfiehlt bei chronischer Cystitis mit Harnretention zur Entlastung der Niere und Verhütung von Polyurie, Albuminurie und Toxämie die Sectio suprapubica mit Drainage.

Unterberg (53) empfiehlt bei hartnäckiger Cystitis die Eröffnung der Blase und die vollständige Entfernung der Schleimhaut durch Curettage mit nachfolgender Drainage und Silbernitratspülung durch die Fistel. Diese Behandlung ist der Curettage per urethram vorzuziehen. Kontraindiziert ist die Curettage bei vorgeschrittener Degeneration der Blasenschleimhaut und dadurch bewirkter Aufhebung der Ausdehnungsfähigkeit der Blase, sondern hier ist eine permanente Blasenfistel anzulegen.

François (17) führt die Entstehung der Cystitis cystica auf entzündliche oder traumatische Reize (Stein, Neubildung etc.) zurück, welche die tieferen Lagen des Epithels zur Proliferation und zur Bildung von Brunnschen Nestern anregen, deren Zellen durch Nekrose zerfallen und zur Zystenbildung Veranlassung geben. Die glanduläre Cystitis beruht dagegen auf der metaplastischen Veränderung der Blasenepithelien und ihrer Verwandlung in Schleimzellen; sie entstehen entweder aus embryonalen Einschlüssen von Zellen des Verdauungstraktus in der Blasenwand, oder durch den Reiz der bei Cystitis cystica entstandenen zystischen Gebilde. Die Behandlung besteht in der Beseitigung der die Reizung bewirkenden Ursache und in Thermokauterisation der durch Zysten- und Drüsenbildung veränderten Blasenschleimhaut.

Businco (10) erklärt die Entstehung der Zysten bei Cystitis cystica in der Weise, dass die Epithelzellen der Brunnschen Nester ebenso wie das Bindegewebe der Submukosa infolge chronischer irritativer Prozesse in die Tiefe wuchern und durch Bindegewebe abgeschnürt werden. Infolge dieser Abschnürung können sich auch Neubildungen entwickeln. Die Brunnschen Nester werden als anormale Erscheinung gedeutet, weil sie bei Jugendlichen niemals, sondern nur im vorgerückten Alter gefunden werden. Varikositäten in der Blase werden auf primäre Veränderungen der Venenwand oder sekundär als Folgen chronischentzündlicher Prozesse erklärt.

Lautenschläger (36) beschreibt einen Fall von Cystitis granularis bei einer wegen Uteruskarzinoms operierten 71jährigen Frau, bei der die Blase makroskopisch das Bild einer emphysematösen Cystitis bot, jedoch enthielten die Bläschen kein Gas, sondern Blut und wässerigen und kolloiden Inhalt und waren aus der Umwandlung Brunnscher Nester entstanden. Ferner wird ein Fall von emphysematöser Cystitis beschrieben und als Ursache letzterer werden gasbildende Bakterien beschuldigt.

Gorodistsch (21) beschreibt die Cystitis colli proliferans s. vegetativa als eine besonders bei Frauen (wegen des häufigen Übergangs der chronischen Urethritis und Urethrocystitis) vorkommende postgonorrhoische Cystitisform, die diesseits und jenseits des Sphinkters lokalisiert ist. Die Zottenwucherungen am Sphinkter entstehen unabhängig von Störungen der Blut- und Lymphzirkulation, sowie als Folge der chronischen Reizung durch das gonorrhoische Sekret. Der beschriebene Fall, in dem die Wucherungen mittelst des Kneiseschen Galvanokauters abgetragen wurden, betrifft einen Mann.

Hertle (27) beschreibt bei gonorrhoischer Cystitis Bildung von spitzen Kondylomen ausser an den äusseren Genitalien auch in der Blase, die kranzförmig das Orificium internum umgaben und durch ihre lappig-zottige Form an Papillome erinnern. Die Polypen, die sich als chronisch-entzündliche Wucherungen erwiesen, wurden in mehreren Sitzungen innerhalb fünf Monaten mit der kalten Schlinge entfernt.

Blum (4) beschreibt akute, im Frühjahr und Herbst auftretende Cystitiden mit purpuraähnlichen Flecken und gleichzeitigen Gelenkaffektionen; er hält den Pepsingehalt des Harns für einen ursächlichen Faktor. Therapie mit Alkalien.

Buerger (6) beschreibt zwei Fälle von kallösem Geschwür der Blase, welches intensive Dysurie, Drang, Pollakiurie, Hämaturie und Pyurie hervorruft, von äusserst chronischem Verlauf ist und zu Verminderung der Blasenkapazität und Schrumpfung der Blase führt. Der Sitz ist zumeist im Trigonum. Obwohl es als Ulcus simplex und als solitär bezeichnet wird, bestehen doch meistens weitere oberflächliche Erosionen als Folge der bestehenden intensiven Cystitis. Kauterisationen und Fulguration bleiben oft erfolglos und als einzige kurative Methode wird die Exzision mittelst Kystoskop und Lochzange empfohlen. Histologisch wurde Belag von Harnsalzen, darunter Nekrose und Geschwürsbildung und entzündliche Neubildung von Bindegewebe nachgewiesen. In Fällen von heftiger chronischer Cystitis mit Reizerscheinungen besonders bei Frauen (beide Fälle betrafen Frauen) ist auf die Möglichkeit des Vorhandenseins solcher Geschwüre zu achten.

Buerger (8) nimmt als Ursache von hartnäckiger Cystitis mit Schrumpfblase ein Ulcus simplex an, das nur kystoskopisch diagnostiziert werden kann. Da das Aussehen des Geschwürs nicht charakteristisch ist, muss durch Probeexzision die karzinomatöse oder tuberkulöse Natur ausgeschlossen werden. Die Behandlung besteht in der Exzision des Geschwürs, wozu ein besonderes Instrumentarium angegeben wird.

Buerger (7) brachte ferner ein einfaches Geschwür der Blase (ohne diffuse Cystitis) durch eine einzige Kauterisation mittelst Hochfrequenzstroms innerhalb sechs Wochen zur Heilung. In allen Fällen von vesikaler Hämaturie soll nach derartigen Geschwüren gesucht werden.

Schönberg (46) fand bei Cystitis emphysematosa teils einfache Hohlräume und Gewebsspalten, teils mit Endothel ausgekleidete, ferner Leukozytenansammlung in Mukosa und Submukosa und Bazillen, die sich von Kolibazillen unterschieden dadurch, dass sie auf Agar und im Tierkörper Gas bildeten und Gelatine nicht verflüssigten. Sie wurden nur durch ihr spezifisches Serum, nicht aber durch Koliserum agglutiniert.

Dimitrieff (13) beschreibt einen Fall von Gangrän der Blase mit Zerstörung der Schleimhaut und eines Teiles der Muskularis, akuter Cystitis und Urosepsis aus unbekannter Ursache, die von Oppel (Diskussion) auf hämorrhagischen Infarkt zurückgeführt wird. Bystrow führt einen Fall von Blasengangrän nach Röntgentherapie in sechs Sitzungen an.

Wenzel (57) führt unter Mitteilung eines Falles Blasenblutungen nach Katheterismus bei inkarzerierter Retroflexio uteri gravidi auf Stauung und Druckschwankung bei der Entleerung zurück, während Blutungen bei eingeklemmter Retroflexio uteri gravidi auf Gefässarrosion bei beginnender Gangrän beruhen. Die Behandlung der Stauungsblutung besteht in Entleerung der Blase mit sofortiger Aufrichtung des Uterus.

Bauereisen (3) fasst seine Untersuchung an 18 Operationsfällen (darunter 15 Freund-Wertheimsche Operationen) bezüglich der postoperativen Cystitis dahin zusammen, dass die im Lumen der Blase vorhandenen Keime entweder durch den in der Rekonvaleszenz notwendig gewordenen Katheterismus aus der keimreichen Urethra dahin verschleppt oder durch spontane Aszension aus der Urethra dahin gelangt sind. Sie verursachen in der Regel eine Cystitis, deren Grad von der mechanischen Schädigung der Blase und der vorhandenen Paracystitis abhängig ist. Die Aussenschicht der Blase ist häufig von einem bakterienreichen Infiltrationswall umgeben, der sehr selten von den Keimen durchbrochen wird. Bei besonders mächtig entwickelter Paracystitis gelingt es jedoch dem Infektionsgewebe schliesslich, in die Mukosa einzudringen. Die Ureteren werden in ihren unteren abgelösten Ab-

schnitten sowohl vom Lumen als von der Adventitia aus infiziert. In das Lumen gelangen die Keime durch spontane Aszension von der Blase her. Eine Durchwanderung von aussen nach dem Lumen zu ist sehr selten. Auch hier gelingt es nur einem besonders mächtig entwickelten Infiltrationswall, schliesslich die Ureterwand zu durchsetzen und in das Lumen einzubrechen. Die Nieren werden von der Blase aus durch spontane intrakanalikuläre Aszension infiziert; nicht selten findet eine hämatogene Infektion der Rinde statt, besonders wenn es sich um eine Staphylokokkeninfektion der bindegewebigen Wundhöhle handelt. Die Nieren können aber auch auf dem Lymphwege im retroperitonealen Bindegewebe entlang den Ureteren infiziert werden; die Kerne bedingen dann eine primäre Peri- oder Paranephritis und können sekundär ins Nierenparenchym übertreten.

Kolibazillen wurden im Beginn der postoperativen Cystitis nie allein, sondern stets zusammen mit pyogenen Kokken angetroffen; dessen ungeachtet wird den Kolibazillen eine ursächliche Bedeutung für den Eintritt einer Cystitis zuerkannt, wenn sie auch wegen der geringeren Virulenz nicht so tief ins Gewebe eindringen wie die pyogenen Kokken. Es kann aber auch in seltenen Fällen eine tiefere Invasion vorkommen.

Für die Vermeidung der postoperativen Cystitis, die besonders nach Freund-Wertheimscher Operation schwer auftritt, wird vor allem möglichste Umgehung des Katheterismus empfohlen; wenn ein solcher dennoch nötig wird, soll nachher die Blase mit Kollargol gespült werden; die paravesikale Infiltration kann durch äussere und vaginale Applikation von Wärme (Stangerotherm Flataus) günstig beeinflusst werden. Ausserdem können Urotropin und Zystopurin mit Erfolg verwendet werden.

Jansen (32) fand an der Freiburger Klinik erheblich weniger Fälle von postoperativer Cystitis nach Lumbalanästhesie und bei Frühaufstehen, als bei Inhalationsanästhesie und besonders bei Spätaufstehen, obwohl der Katheterismus in dem ersteren Falle häufiger ausgeführt werden musste. Bei Kranken, die nicht früh aufstehen können, werden Instillationen von Borglyzerin als Prophylaxe empfohlen. Die vaginalen Totalexstirpationen waren mit postoperativer Cystitis erheblich mehr belastet als die der abdominalen.

Aversenq (2) unterscheidet eine Pericystitis im engeren Sinne als Exsudation in der unmittelbar die Blasenwand umgebenden Bindegewebsschicht, und eine Extracystitis oder prävesikale Phlegmone des Cavum Retzii vor und ausserhalb des prävesikopelvinen Faszienblattes. Er unterscheidet ferner bei der Pericystitis eine seröse (Anfangs-)Form, dann eine cellulo-adipöse, die sich durch Bildung einer entzündlichen fibrös-adipösen Gewebsscheide um die Blase auszeichnet, ferner eine abgekapselte eitrige (pericystitischer Abszess), eine zirkumskripte und eine diffuse Phlegmone, die auf die Fossae illiacae sich zu verbreiten und in Blase oder Peritoneum durchzubrechen geneigt ist und als deren Komplikationen Cystitis bis zur Perforation, Ureterkompression, Pyelonephritis, Pyonephrose und Perinephritis aufgeführt werden. Bei der Extracystitis wird eine sklerosierende eitrige Form (Holzphlegmone), eine eitrige Form mit grossen Abszessansammlungen (hierher ist auch die Heurtauxsche Phlegmone gehörig) und eine phlegmonöse Form mit Verbreitung über den prävesikalen Raum hinaus unterschieden. Die Komplikationen sind dieselben wie bei Pericystitis. Die Infektion des Zellgewebes erfolgt auf direktem Wege, auf dem Blut- und auf dem Lymphwege und wird am besten als vesikale und nicht vesikale Infektion unterschieden. Die vesikale Pericystitis ist Komplikation einer Cystitis, die nicht vesikale Form ist am häufigsten durch die entzündete Appendix oder die Adnexe bewirkt, die chronische vesikale Pericystitis ist häufig auf Steine, die chronische nicht vesikale auf den Uterus zurückzuführen und die Symptome gehen von der Blase und den Nachbarorganen aus. Bei der akuten Extracystitis bestehen die Symptome hauptsächlich in Schmerz und Schwellung im Epigastrium und Blasen- oder Darmstörungen, die der akuten in epigastrischer Schwellung ohne subjektive oder funktionelle Störungen. Die Prognose der Pericystitis ist erheblich ernster als die der Extracystitis. Die Behandlung ist vorwiegend operativ.

In der Diskussion bespricht Cathelin die tuberkulöse und krebsige und die postoperative „gynäkologische" Pericystitis infolge von ausgedehnter Ablösung der Blase bei Uterusoperationen, Marion die Pericystitis nach endovesikalen Operationen, Kauterisationen, Lithothrypsien. Legueu unterscheidet diffuse und zirkumskripte pericystitische Phlegmonen und chronische Pericystitis. Bazy erörtert die von der Appendix unter Durchbruch in die Blase bewirkten Pericystitiden, Imbert die ausserhalb der Blase sitzende und die Blasenwand ohne Beteiligung der Mukosa verdickende Pericystitis. Pasteau macht auf die Wichtigkeit der Kystoskopie zur Feststellung der Ursache aufmerksam. Desnos erwähnt auch Funktionsstörungen der Blase, Pyurie, Dysurie etc. als hartnäckige Folgezustände.

Hock (28) weist auf die Möglichkeit der Entstehung einer chronischen Paracystitis bei chronisch-entzündlichen Bauchdeckengeschwülsten hin, die indiziert und drainiert werden müssen.

Caillet (11) beschreibt als unmittelbare Folge des Durchbruchs eines Appendixabszesses in die Blase eine Hämaturie; in der Folge kommt es zu Pyurie, ferner zuweilen zu Steinbildung und infolge aufsteigender Infektion zu Pyelonephritis. Der Durchbruch kann zu Verwechselung mit Blasengeschwülsten Veranlassung geben. Ein Fall von narbigem Divertikel infolge des Durchbruchs wird mitgeteilt.

Imbert und Clément (33) führen zwei Fälle an als Beweise für die Möglichkeit der Entstehung einer Pericystitis von einer Salpingooophoritis oder Perimetritis aus.

Kroph (35) fand unter 100 Fällen von entzündlichen Adnextumoren in 30% der Fälle eine Beteiligung der Blase und in 14% eine solche der Nieren, darunter dreimal beider Nieren. In 23 Fällen fanden sich Staphylokokken in der Blase und in 11 im Nierenbecken, dagegen Kolibazillen nur fünfmal in der Blase und niemals im Nierenbecken und Gonokokken überhaupt nicht. Die Blase war am häufigsten (unter 29 Fällen 11 mal) bei gonorrhoischen, das Nierenbecken (unter 59 Fällen 11 mal) bei Adnextumoren aus unbekannter Ursache ohne vorausgegangene Gonorrhoe erkrankt. Kroph nimmt eine aszendierende Infektion an, entweder durch Eindringen in das Ureterlumen, oder durch Aufwärtswandern im Gewebe oder in den periurethralen Lymphbahnen. Die rechte Niere war auch hier viel häufiger (63,6%) erkrankt als die linke. Die Heilung wurde in allen Fällen durch Nierenbeckenspülung erreicht.

Vautrin (54) berichtet über zwei Fälle von Durchbruch retrovesikaler Dermoidzysten in die Blase mit Exstirpation der Zysten und Blasennaht; in einem Falle musste später noch die Sectio alta gemacht werden, um in die Blase entleerten verkalkten Zysteninhalt zu entfernen.

Haim (23a) beschreibt zwei Fälle von gangräneszierender Cystitis mit starker Erweiterung der Blase und Aussackung der hinteren Hand (Cystocele posterior) bei eitrigen Adnexentzündungen. Die Exstirpation der Adnexe konnte in einem Falle die Affektion beseitigen, im anderen Falle konnte sie den Exitus nicht mehr aufhalten.

Ottow (41) beschreibt bei einer an linksseitiger Ureterscheidenfistel (nach Uteruskarzinomexstirpation) leidenden Kranken eine mittelst des Kystoskops am Blasenscheitel beobachtete peristaltische Welle, die er auf eine Verwachsung der Blase mit dem Darm zurückführte. Die zur Ureterimplantation in der Blase ausgeführte Laparotomie bestätigte das Vorhandensein einer 4 cm breiten bandartigen Verwachsung mit dem Dünndarm.

Dreyer (41) beschreibt das klinische Bild der Blasensyphilis als ähnlich der chronischen, der tuberkulösen Cystitis und der Blasentumoren. In der Frühperiode finden sich Papeln und Geschwüre, in der tertiären Gummata und seltener interstitielle Veränderungen. Die Prognose ist im allgemeinen günstig.

7. Blasentuberkulose.

1. *Boulanger, L., Une remarque clinique et thérapeutique sur la cystite bacillaire. Journ. d'Urol. Bd. 4. p. 437.
2. Holländer, Ungewöhnlicher Fall von Tuberkulose des Harnapparates. Ges. f. Chir. Berlin. Sitzg. vom 18. Juli. Med. Klinik. Bd. 9. p. 1569. (Blasentuberkulose durch Durchbruch eines tuberkulösen Tubensackes.)
3. *Israel, J., Ungewöhnlicher Fall von Tuberkulose des Harnapparates. Berl. Ges. f. Chir. Sitzg. vom 28. Juli. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 1586 u. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 2295.
4. Rochet, Tuberkulöse Cystitis im Alter. Lyon. chir. Bd. 9. Nr. 1. (Zwei Fälle, mittelst Tierimpfung diagnostiziert.)

Israel (3) beschreibt einen Fall von Durchbruch einer tuberkulösen Tube in die Blase, wobei bei Uretherkatheterismus beiderseits wegen Transport von tuberkulösem Material aus der Blase, tuberkelbazillenhaltiger Harn gefunden wurde. Tendenz zum Aufsteigen des tuberkulösen Prozesses nach den Nieren zeigte sich nicht. Exstirpation der Tube und spätere Ausheilung der Blase. In der Diskussion weist Casper auf das typische kystoskopische Bild eines Durchbruchs in die Blase hin, dessen leichte Erkennbarkeit von Israel bekämpft wird.

Boulanger (1) fand, dass bei Blasentuberkulose in 60% der Fälle nach der Blasenentleerung Residualharn von 10—40 ccm Menge zurückbleibt, der die Wirkung palliativer

Instillationsbehandlung vereitelt. Die Behandlung muss daher auf die völlige Entleerung der Blase einwirken.

(S. Nierentuberkulose).

8. Lage- und Gestaltfehler.

1. Bachrach, R., Kongenitales Divertikel der Harnblase mit Stenose des Ureters bei seiner Einmündung in dieses. 85. Versamml. deutsch. Naturf. u. Ärzte, Wien. Chir. Sekt. Zentralbl. f. Chir. Bd. 40. p. 2008. (Konsekutive Pyonephrose und Pyo-Ureter, Exstirpation, Heilung.)
2. Beer, E., Transperitoneal resection of a diverticulum of the bladder. Annals of Surg. Bd. 58. p. 634. (Ein Fall.)
3. *Bieliaev, Über die Diagnostik der Blasenhernie. Wratsch, Gaz. 1912. p. 1484. Ref. Journ. d'Urol. Bd. 3. p. 259.
4. Brongersma, Angeborene Blasenzellen (Divertikel). 4. Kongr. d. deutsch. Ges. f. Urol. Berlin. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 2278. (Nachweis mittelst Kollargolfüllung und Röntgendurchleuchtung.)
5. Bryon, Blasendivertikel. Amer. Journ, of Urol. Bd. 9. p. 73. (Exstirpation.)
6. *Cassanello, R., Hernie inguinale double de la vessie. Journ. d'Urol. Bd. 3. p. 55.
7. Chudovszky, M., Über Blasenbrüche. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 84. Heft 1. (Unter 550 Hernienfällen fünf Blasenbrüche, davon vier rechts; zweimal Resektion der Blase und des Bruchsackes, zweimal Ablösung des Bruchsackes und Annähung der Blase an den M. rectus.)
8. Cirnino, P., Diverticolo congenito della vescica, con calcolo intermittente. Gazz. degli osped. e d. clin. Nr. 110. (Angeborenes kontraktionsfähiges Divertikel mit Uratstein.)
9. Van Dam, J. M., Behandlung angeborener Blasendivertikel. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 83. Heft 2. (Intravesikale Resektion des transvesikal in die Blase invertierten Divertikels.)
10. Guyot und Jeanneney, Deux cas de hernie de la vessie. Soc. anat.-chir. de Bordeaux. Sitzg. vom 7. April. Journ. de Méd. de Bordeaux. Bd. 84. p. 518. (Die Blase wurde erst bei der Operation als Bruchinhalt erkannt.)
11. v. Hofmann, E., Die Diagnose und Therapie der angeborenen Blasendivertikel. Zeitschr. f. urol. Chir. Bd. 1. p. 440. (Empfehlung der radikalen Entfernung; drei Fälle, davon einer mit Karzinomentwickelung am Grunde des Divertikels.)
12. Joly, Congenital diverticula of the bladder. XVII. internat. med. Kongr. Sekt. f. Urol. Lancet. Bd. 2. p. 564. (Empfehlung der Exzision.)
13. Kreuter, Die Operation des Blasendivertikels. III. Tagung d. Vereinig. d. bayr. Chir. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 1684. Zentralbl. f. Chir. Bd. 40. p. 1740. (Empfehlung des Zuckerkandlschen Schnittes zur Exstirpation.)
14. Krogius, A., Kongenitales Blasendivertikel. Urol. and cut. Review. Ref. Journ. d'Urol. Bd. 4. p. 511.
15. Marion, G., De la résection des diverticules vésicaux. Journ. d'Urol. Bd. 4. p. 785. (Ein Fall mit genauer Beschreibung der bei der Exstirpation befolgten Technik.)
16. Nogier, Th., und G. Reynard, Un cas rare de grand diverticule vésical bourré de calculs. Journ. d'Urol. Bd. 3. p. 475. (Vor der Operation diagnostiziert; Sectio alta, acht Steine mit Curette aus dem Divertikel entfernt, von 70 g Gewicht.)
17. Nowicki, Zystisches Blasendivertikel. Now. lek. 1912. Nr. 2. Ref. Zentralbl. f. Chir. Bd. 40. p. 1121. (Sektion; Einmündung des Divertikels in die Blase über der linken Harnleitermündung.)
18. Preindelsberger, Blasendivertikel. IV. Kongr. d. deutsch. Ges. f. Urol. Berlin. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 2278. (Ein grosses am Scheitel und ein kleineres am Fundus.)
19. *Putzu, F., Contributo allo studio dell' ernia della vescica. Policlinico, Sez. chir. Bd. 20. Nr. 2.
20. Strauss, Diagnose der Blasendivertikel. IV. Kongr. d. deutsch. Ges. f. Urol. Berlin. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 2278. (Durch Ureterkatheter und Röntgenographie.)
21. Thévenot, L., Calculs développés dans les formations diverticulaires annexées à la vessie et à l'urètre. Province méd. Nr. 30. (Die Konkrementbildung in Divertikeln wird als Folge der Stagnation des infizierten Harns erklärt.)

Bieliaev (3) empfiehlt zur Diagnostik der Blasenhernie die Kystoskopie, bei der die Asymmetrie der Blase infolge Seitwärtsverlagerung des Scheitels und eine dunkle spaltförmige Öffnung als Kommunikation mit einem Divertikel den Verdacht auf Blasenhernie bestätigt.

Putzu (19) beschuldigt für die Entstehung der Cystocele inguinalis ausser der Disposition der Bauchwand (Vorhandensein eines Darm- oder Netzbruchs) die ständige Ausdehnung der Blase mit Erschlaffung und Erweichung der Wand, besonders bei Abflusshindernissen. Wegen der häufigen Unmöglichkeit der Entfernung des Bruchsackes ohne Blasenverletzung wird auf die Häufigkeit der Rezidive aufmerksam gemacht.

Cassanello (6) beschreibt einen doppelseitigen inguinalen Blasenbruch, links mit Enterocele, rechts einen wahrscheinlich durch ein angeborenes Blasendivertikel bewirkten wahren Blasenbruch. Beide wurden radikal operiert. Die Blase wurde während der Operation an der Dicke ihrer Wandungen als Bruchinhalt erkannt.

9. Blasenverletzungen.

1. Baradulin, G. J., Fall von intraperitonealer Blasenruptur. Chir. Bd. 33. p. 30. Ref. Journ. d'Urol. Bd. 4. p. 855. (5 cm langer Blasenriss mit Vorfall von Darmschlingen in die Blase, welche temporär den Riss verschlossen.)
2. *Boltjes, M. P. K., Intraperitoneale Verwundung der Harnwege. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 84. Heft 2.
3. Doberauer, G., Über subkutane Blasenruptur. Prager med. Wochenschr. Bd. 38. p. 459. (Zwei Fälle von intraperitonealer Blasenzerreissung, Operation, Naht, Heilung.)
4. Ekstein, E., Ruptura uteri. Gyn. Rundschau. Bd. 7. p. 63. (Scheiden-Uterus-Blasenriss nach Wendung; Harninfiltration. Exitus.)
5. Frank, E. R. W., Über Verletzungen der Harnblasen-Schleimhaut durch Abtreibungsversuche. Vierteljahrsschr. f. ger. Med. u. öff. San.-Wesen. 3. Folge. Bd. 46. p. 27. (Siehe Schwangerschaft in Beziehung auf gerichtliche Medizin.)
6. Franz, K., Karzinom des Uterus. Ges. d. Charité-Ärzte. Sitzg. vom 5. Dez. 1912. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 182. (Exstirpation eines Rezidivs mit ausgedehnter Resektion der Blase; Naht, Heilung.)
7. *Habuto, E., Ureter- und Blasenverletzungen bei Uteruskarzinomoperationen. Inaug.-Diss. München.
8. Hesse, E. R., Intraperitoneale Blasenruptur und freie Netzplastik bei der Blasennaht. Weljam. Arch. f. Chir. 1912. Ref. Zentralbl. f. Chir. Bd. 40. p. 620. (Bedeckung der Blasennaht mit Netz, Heilung.)
9. Huebschmann, Spontane Blasenruptur. Med. Ges. Leipzig. Sitzg. vom 3. Juni. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 2167. (Demonstration.)
10. *Kroph, V., Zwei Fälle von tödlich verlaufener Blasenverletzung bei schwangeren Frauen. Geb.-gyn. Ges. Wien. Sitzg. vom 11. März. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 1780.
11. Lauenstein, Intraperitoneale Blasenruptur. Ärztl. Verein Hamburg. Sitzg. vom 17. Dez. 1912. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 483. u. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 121. Heft 1/2. (Laparotomie, Blasennaht, Kochsalzspülung, Heilung.)
12. Parcelier, A., Sur un cas de rupture extrapéritonéale de la vessie avec fracture du bassin. Soc. anat.-clin. de Bordeaux. Sitzg. vom 4. Nov. 1912. Journ. de Méd. de Bordeaux. Bd. 84. p. 28. (Sutur, Drainage des Cavum Retzii, Dauerkatheter, Heilung.)
13. Pleschner, H., Traumatische intraperitoneale Blasenruptur. Ges. d. Ärzte Wien. Sitzg. vom 10. Jan. Wiener med. Wochenschr. Bd. 63. p. 279. (Laparotomie, Naht, Heilung.)
14. Prochownik, Hebosteotomie mit Blasen-Vulvaruptur. Geb. Ges. Hamburg. Sitzg. vom 10. Juni. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 1197. (Schluss der Blasenruptur, die nach Zangenentbindung und Hebosteotomie entstanden war.)
15. Rosenstein, Uterus myomatosus, grosses retrozervikales Myom, Blasenverletzung. Gyn. Ges. Breslau. Sitzg. vom 26. Okt. 1912. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. p. 261. (Naht der Blase, Heilung unter Dauerkatheter.)
16. *Ruppert, B., Über Perforationen der Harnblase in der Bauchhöhle. Inaug.-Diss. Leipzig.
17. Schilling, Blaereruptur. Norsk. Mag. v. Laegevidensk. Nr. 3. (Drei intraperitoneale Rupturen, Laparotomie, Naht.)

18. Schlank, Zwei Fälle von Spontanruptur der Harnblase bei spontaner Uterusruptur sub partu. Przegl. lek. 1912. Nr. 7. (Siehe Jahresber. Bd. 26. p. 346.)
19. Schnurpfeil, Harnblasenruptur. Casop. lék. cesk. Nr. 29. (Durch Trauma; Naht, Heilung.)
20. Villard und Murard, Rupture de la vessie. Soc. des sciences méd. Sitzg. vom 5. Juli. Lyon. méd. 1912. p. 517. (Tod acht Tage nach intraperitonealem Blasenriss; das Kolon hatte sich über die Rissstelle gelegt, so dass spontane Harnentleerung möglich war.)
21. Wendel, Zwei Fälle von Blasenverletzung. Med. Ges. Magdeburg. Sitzg. vom 13. März. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 1463. (Ein intramurales Hämatom der Blase mit spontan verschwindender Hämaturie nach Kontusion, und eine intraperitoneale Blasenruptur mit Beckenbruch, die durch Blasennaht geheilt wurde.)
22. Wiulin, Intraperitoneale Blasenruptur. Wratsch. Gaz. 1912. 9. Dez. Ref. Journ. d'Urol. Bd. 3. p. 390. (Harnerguss in die Bauchhöhle; bei der Laparotomie fand sich keine Ruptur der Blase, wahrscheinlich weil die Verletzung linear oder ventilartig war und sich wieder geschlossen hatte.)
23. Woolsey, G., Rupture of the bladder. Annals of Surg. Bd. 58. p. 244. (Zwei Fälle von idiopathischer Blasenzerreissung bei starker Füllung der Blase und ein Fall von Trauma durch Contre-coup infolge Sprung und Fall auf das Gesäss bei voller Blase.)

Boltjes (2) fand bei Tierversuchen nach intraperitonealer Verletzung der Blase oder des Ureters, dass, wenn keine Infektion eintritt, es der aseptischen fibrinösen Peritonitis gelingt, dem einfliessenden Harn einen Wall entgegenzuwerfen und dass dadurch Genesung erfolgt, während dagegen bei infektiöser Peritonitis die Wunde offen bleibt; bei lokaler Infektion kann zuweilen durch Abkapselung eines intra- oder retroperitonealen Abszesses, in den der verletzte Ureter einmündet, relative Genesung erfolgen.

Ruppert (16) empfiehlt bei intraperitonealen Blasenzerreissungen frühzeitige Sectio alta bzw. Laparotomie, Blasennaht und Dauerkatheter, eventuell Marsupialisation der Blase und Bauchhöhlendrainage.

Kroph (10) beobachtete spontane Blasenverletzung bei einer im dritten Monate Schwangeren infolge schweren Hebens und Aufstützens der Last oberhalb der Symphyse mit Tod an Peritonitis, ferner eine Perforation der Blasenwand bei einer Hochschwangeren mittelst des Katheters mit tödlicher Peritonitis. Im ersten Falle hatte der Katheterismus trotz der kompletten Blasenruptur noch Harnausfluss ergeben.

Habuto (7) zählt unter 275 Totalexstirpationen wegen Karzinoms in der Münchener Klinik vier Blasen- und zwei Ureterverletzungen auf. Von den ersteren wurden drei durch primäre und eine durch eine zweite Operation geheilt, von den Ureterverletzungen heilte eine primär; der zweite Fall kam ad exitum.

10. Blasengeschwülste.

1. Ashcraft, L. T., Value of D'Arsonval current in treatment of benign and malignant tumors of urinary bladder through operating cystoscope. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 17. Nr. 5. (Der d'Arsonval-Strom wird dem Oudinschen Strom vorgezogen.)
2. Auvray, Néoplasme vésical primitif; métastases ganglionnaires énormes dans la fosse iliaque; absence de signes cliniques vésicaux. Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris. Nr. 5. p. 233. (Infiltrierte Blumenkohlgeschwulst an der hinteren oberen Wand der Blase mit Drüsenmetastase.)
3. *Bachrach, R., Endovesikale und endourethrale Behandlung mittelst Hochfrequenzströmen. Fol. urol. Bd. 7. p. 685.
4. — Endovesikale Behandlung von Blasenpapillomen. Ges. d. Ärzte Wien. Sitzg. vom 25. April. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 26. p. 727. (Entfernung zweier am Sphinkterrande sitzender Polypen mittelst Hochfrequenzstroms und Exzision einer dritten Exkreszenz am Orificium externum urethrae; die vorher vorhandene Inkontinenz ist noch nicht vollständig beseitigt.)
5. *Baer, Beitrag zur Erweiterung des Indikationsgebietes intravesikaler Operationen. Ärzteverein Wiesbaden. Sitzg. vom 3. Sept. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 1879.
6. *Barney, D., A case illustrating the efficiency of the high frequency current in the treatment of tumors of the bladder. Boston. Med. and Surg. Journ. Bd. 169. p. 19.
7. *Bastianelli, R., L' estirpazione totale della vescica per cancro. Accad. med. di Roma. Sitzg. vom 30. März. Clin. chir. Nr. 6. p. 1389.

8. *Beer, E., Treatment of benign papillomata of the urinary bladder with the Oudin highfrequency current introduced through a catheterizing cystoscope. Med. Record. New York. Bd. 83. p. 242.
9. *Binney, H., The value of high frequency cauterisation in the treatment of vesical papillomata. Boston. Med. and Surg. Journ. Bd. 168. p. 308.
10. Blecher und Martius, Über einen Fall von malignem Tumor der Blase von synzytialem Bau. Zeitschr. f. Urol. Bd. 7. p. 269. (Kastaniengrosser, an der vorderen oberen Blasenwand sitzender Tumor, dessen Bau synzytiumähnliche Zellverbände zeigte. Exstirpation nach Sectio alta; Mann.)
11. Blum, V., Fall von Argyrie der Blase. Ges. d. Ärzte Wien. Sitzg. vom 7. Febr. 1912. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 26. Nr. 7. (Nach jahrelangen Blasenspülungen mit Silbernitrat $1^0/_{00}$; ein Blasenstein zeigte auf der Bruchfläche schwarze Farbe und enthielt metallisches Silber und Chlorsilber; später Plattenepithelkrebs, Sectio alta, Exstirpation.)
12. *Bucky, G., und R. W. Frank, Über Operationen im Blaseninnern mit Hilfe von Hochfrequenzströmen. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 348.
13. *Buerger, L., Diverticule congénital de la vessie avec orifice contractil. Journ. d'Urol. Bd. 3. p. 591.
14. Busalla, Papillärer multipler Blasentumor. Nordwestdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 9. Nov. 1912. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. p. 686. (62jährige Frau, Sectio alta, Abtragung der teils gestielt, teils breitbasig aufsitzenden, malignen Tumoren; Exitus nach sechs Stunden. Kystoskopie war unmöglich gewesen.)
15. *Casper, L., Zur endovesikalen Behandlung der Blasengeschwülste. Berl. urol. Ges. Sitzg. vom 1. Juli. Zeitschr. f. Urol. Bd. 7. p. 700.
16. *Chute, A. L., The early recognition of tumors of the bladder. Boston Med. and Surg. Journ. Bd. 168. p. 302.
17. *Colaneri, X., De la valeur de l'examen de la vessie dans le cancer de l'utérus. Paris. G. Steinheil.
18. *Cruet, P., De l'utilité de l'examen cystoscopique dans le diagnostic d'opérabilité du cancer du col de l'utérus. Annales de Gyn. et d'Obst. 2. Serie. Bd. 10. p. 1 ff. u. Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris. Bd. 39. p. 115.
19. Dambsky, Grosses Blasenpapillom. Russ. urol. Ges. St. Petersburg. Zeitschr. f. Urol. Bd. 7. p. 578. (Ein Viertel der Blase einnehmend und in sechs Sitzungen endovesikal abgetragen.)
20. Gauthier, Ablation de tumeur vésicale. XVII. franz. Kongr. f. Urol. Journ. d'Urol. Bd. 4. p. 816. (Drei Fälle von Geschwülsten an der Uretermündung; in zwei Fällen entzündliche Erscheinungen wegen Einbeziehung der Uretermündung in die Operationswunde.)
21. Gminder, Cervixkarzinom. Ärztl. Verein Essen-Ruhr. Sitzg. vom 3. Dez. 1912. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 329. (Kirschgrosser Blasenstein um eingewanderten Seidenfaden nach Karzinomexstirpation.)
22. Goldenberg, Karzinom der Blase. Ärztl. Verein Nürnberg. Sitzg. vom 5. Dez. 1912. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 561.
23. Gorasch, Papillom der Blase. Russ. urol. Ges. St. Petersburg. Sitzg. vom 9. Nov. 1912. Zeitschr. f. Urol. Bd. 7. p. 573. (Pflaumengrosse Neubildung, nachdem sechs Jahre vorher operiert und vier Jahre lang endovesikal behandelt worden war. Operation, Abtragung mit kalter Schlinge.)
24. Gorasch, Blasenpapillome. Russ. urol. Ges. St. Petersburg. Zeitschr. f. Urol. Bd. 7. p. 576. (Zwei Fälle, Abtragung endovesikal mit kalter Schlinge. Demonstration des Langenweilerschen Instruments.)
25. *Hagner, F. R., Neoplasms of the bladder and remarks of operative treatment. Med. Soc. of the County of New York. Sitzg. vom 27. Okt. Med. Record. New York. Bd. 84. p. 1145.
26. *Harpster, Ch. M., Die Blasentumoren; Mitteilung einiger Fälle und Übersicht über die Behandlung mit Hochfrequenzströmen. Amer. Journ. of Surg. Bd. 27. p. 17.
27. Heineke, Blasentumor. Med. Ges. Leipzig. Sitzg. vom 14. Jan. Freie Vereinig. d. Chir. des Königreichs Sachsen. Sitzg. vom 26. Okt. Zentralbl. f. Chir. Bd. 40. p. 923. u. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 920. (Durchbruch eines multilokulären Kystoms in die Blase, das ein Blasendivertikel vortäuschte.)
28. *Heitz-Boyer, M., Technique intravésicale du traitement des tumeurs de vessie par la haute fréquence. Journ. d'Urol. Bd. 3. p. 816 u. 907.

29. *Heitz-Boyer, M., Du traitement mixte de certaines tumeurs vésicales. Journ. d'Urol. Bd. 4. p. 792.
30. *Héresco, P., De la cystectomie totale dans les néoplasmes multiples on infiltrés de la vessie. Journ. d'Urol. Bd. 4. p. 169.
31. Hirt, Blasentumor. Schles. Ges. f. vaterl. Kultur. Sitzg. vom 6. Juni. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 1500.
32. *Hock, A., Behandlung der Blasenpapillome. Prager med. Wochenschr. Bd. 38. p. 711.
33. Kelly, H. A., und R. M. Lewis, Skiagraphic demonstration of vesical tumors. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 16. Nr. 3. (Durch Einfüllen mit Wismuthaufschwemmung oder durch Füllung der Blase mit Jodsilberlösung, die man teilweise ablaufen lässt, und nachfolgender Füllung mit Luft.)
34. Keyes, E. L., Carcinoma of bladder controlled by high-frequency current. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 16. Heft 1.
35. *Kielleuthner, Über den Wert der intravesikalen Operationen. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 969.
36. *Kolischer, G., Mid-operative diagnosnis in urologic operations. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 61. p. 174.
37. Kretschmer, H. L., Fulguration treatment of bladder tumors. Illinois Med. Journ. Bd. 23. Nr. 4. (Siehe Jahresber. Bd. 26. p. 352.)
38. Kropeit, Blasentumoren. Ärztl. Verein Hamburg. Sitzg. vom 14. Jan. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 677. (Endovesikale Entfernung eines apfelgrossen gutartigen, nahe der linken Uretermündung sitzenden Papilloms in mehreren Sitzungen, nachdem die Blutung längere Zeit als Uterusblutung gedeutet worden war.)
39. Kümmell, Karzinom der Blase. Ärztl. Verein Hamburg. Sitzg. vom 8. April. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 850. (Totalexstirpation mit Einnähung der Ureteren in die äussere Haut.)
40. *Kutner, R., Die Behandlung der Blasentumoren durch Kombination von Hochfrequenzströmen mit der elektrischen Schlinge. XVII. internat. med. Kongr. Sekt. f. Urol. Lancet. Bd. 2. p. 563.
41. *— Die Hochfrequenzbehandlung der Blasentumoren mittelst Elektrokoagulation. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. 1912. Nr. 24.
42. Langridge, F. W., Bladder case. Devon and Exeter Med.-Chir. Soc. Sitzg. vom 7. März. Lancet. Bd. 1. p. 831. (Ausgedehntes Papillom der Blase trotz seit kurzem bestehender Beschwerden.)
43. *Legueu, F., De l'électrocoagulation des tumeurs de la vessie. Arch. urol. de la clin. de Necker. Heft 2. p. 131.
44. Lemoine, G., Création d'une vessie nouvelle par un procédé personnel après cystectomie totale pour cancer. Journ. d'Urol. Bd. 4. p. 367. (Verwandlung des Rektums, in das die Ureteren eingepflanzt waren, in die Blase und Herabziehen der durchtrennten Sigmoideumschlinge in den Anus; Mann.)
45. Leuenberger, Über die bei der synthetischen Farbenindustrie beobachteten Blasengeschwülste. Med. Ges. Basel. Sitzg. vom 19. Dez. 1912. Med. Klinik. Bd. 9. p. 851. (33fache Erkrankungshäufigkeit bei solchen Arbeitern gegenüber dem allgemeinen Vorkommen. 18 Fälle von Epitheliomen, Karzinomen, Sarkomen und Karzinosarkomen. 14 Fälle wurden operiert, davon neun radikal, von denen sechs noch leben.)
46. *Lewin, Karzinom der Blase bei einem Anilinarbeiter. IV. Kongr. d. deutsch. Ges. f. Urol. Berlin. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 2279. (Szirrhöses Plattenepithelkarzinom.)
47. — A., Blasengeschwülste bei Arbeitern in Anilinfabriken. Zeitschr. f. Urol. Bd. 7. p. 282 u. 345 und Med. Klinik. Bd. 9. p. 435. (Maligne, inoperable Geschwulst, sechs Jahre nach Aufgabe der Beschäftigung aufgetreten.)
48. Lichtenberg, Blasenkarzinom. Unterelsäss. Ärzteverein Strassburg. Sitzg. vom 26. Juli. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 1730. (Exstirpation der linken Blasenhälfte durch ischiorektalen Schnitt mit Einpflanzung des Ureters in die Blase.)
49. Loewe, Exstirpation der Harnblase. Ärztl. Verein Frankfurt a. M. Sitzg. vom I. Sept. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 2144. (Wegen diffuser karzinomatöser Infiltration; Einleitung der Ureteren in eine ausgeschaltete Dünndarmschlinge.)
50. Lohnstein, Hochfrequenzströme in der Urologie. IV. Kongr. d. deutsch. Ges. f. Urol. Berlin. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 2278. (Als wertvolle Behandlungsmethode bezeichnet.)

51. *Lower, W. E., Treatment of recurrent malignant tumors of urinary bladder with high frequency or Oudin current; report of case. Cleveland Med. Journ. Bd. 12. Nr. 9. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 322.
52. *Martens, M., Beiträge zur Nieren- und Blasenchirurgie. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 2399.
53. — Wiederholte Exzision von Blasentumoren. Berl. Ges. f. Chir. Sitzg. vom 28. Juli. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 1587.
54. *Nicolich, G., Due casi di estirpazione quasi completa della vescica per tumore. Fol. urol. Bd. 7. Nr. 6.
55. Oliver, Th., Malignant vesical growths in aniline workers. Lancet. Bd. 1. p. 1578. (Bespricht die Häufigkeit der malignen Blasengeschwülste bei Anilinarbeitern.)
56. *O'Neil, R. F., Observations on recent cases of bladder tumors at the Massachusetts general hospital with special reference to operative technic. Boston. Med. and Surg. Journ. Bd. 168. p. 305.
57. *Oppel, Exklusion der Blase. Urol. and cut. Rev. Bd. 1. p. 1. (Besprechung der Blasenexklusion bei Blasenektopie, bei ausgedehnten Blasenscheidenfisteln und bei Tuberkulose.)
58. *Oppenheimer, R., Die intravesikale Behandlung der Blasenpapillome durch Elektrolyse. Zeitschr. f. Urol. Bd. 7. p. 728. Ärztl. Verein Frankfurt a. M. Sitzg. vom 5. Mai. Med. Klinik. Bd. 9. p. 1057. u. IV. Kongr. d. deutsch. Ges. f. Urol. Berlin. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 2278.
59. *Pilcher, M., Die Tumoren der Blase; Bemerkung über moderne Behandlungsmethoden. Amer. Journ. of Surg. Bd. 27. p. 147.
60. Pilcher, P. M., Twenty-four cases of tumor of bladder and conclusions as to appropriate methods of treatment. New York State Journ. of Med. Bd. 13. Nr. 11.
61. Pillet, Extirpation des tumeurs de vessie aux cystoscopes opératoires. Soc. de méd. de Rouen. Dez. 1912. Journ. d'Urol. Bd. 3. p. 265. (Vier Fälle, darunter eine 72 jährige Frau mit drei Polypen oberhalb der linken Uretermündung; der blutende Polyp wurde mit der Kystoskoplampe berührt und kauterisiert; Aufhören der Blutungen bis zum Tode nach drei Jahren.)
62. Rolando, Sull' asportazione dei papillomi vescicali. Gazz. degli osped. e d. clin. Nr. 98. (Zwei Fälle von an der Uretermündung sitzenden Papillomen; erst Unterbindung und Entfernung der Geschwulst, dann, nachdem die Harnleiterpapille sichtbar geworden, Entfernung des Restes der Geschwulst.)
63. *Rubritius, Über die Koagulationsbehandlung der Blasengeschwülste. Verein deutsch. Ärzte Prag. Sitzg. vom 31. Okt. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 2549 u. Prager med. Wochenschr. Bd. 38. p. 708 u. 715.
64. Rübsamen und Weitzel, Karzinommetastase in der Blase. Gyn. Ges. Dresden. Sitzg. vom 17. April. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 1162. (Blumenkohlartiger Tumor an der rechten Blasenwand bei Portiokarzinom.)
65. *v. Saar, Papillomatöser Tumor der linken vesikalen Uretermündung. Wissensch. Ärzteges. Innsbruck. Sitzg. vom 2. Mai. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 26. p. 1145.
66. Samborsky, V. S., Abtragung der karzinomatösen Blase und Einpflanzung eines gedoppelten Ureters. Russki Wratsch. Bd. 12. Nr. 17. Ref. Journ. d'Urol. Bd. 4. p. 146. (Totalexstirpation der Blase, Einpflanzung des doppelten linken und des rechten einfachen Ureters in das Kolon nach Mirotwortzeff; Exitus; der rechte Ureter war bereits von Karzinom ergriffen.)
67. Schneider, C., Fall von starker Nachblutung nach Operation eines Blasenpapilloms mittelst Hochfrequenzströmen. Zeitschr. f. Urol. Bd. 7. p. 638. (Drei Papillome, von denen das letzte ambulant behandelt wurde und zu starker Nachblutung Veranlassung gab.)
68. *Schüller, H., Endovesikale Bestrahlung. Ges. d. Ärzte Wien. Sitzg. vom 20. Juni. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 26. p. 1092.
69. Schwenk, A., Zur konservativen chirurgischen Behandlung in der Urologie. Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung. Nr. 15. (Empfehlung der intravesikalen Operation der Blasengeschwülste, der Harnleiterzysten und der in das Ureterostium eingekeilten Steine.)
70. Sigwart, W., Über die Rückbildung der Blasenveränderungen bei bestrahlten Kollumkarzinomen. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 1645. (Nachweis des Rückganges des bullösen Ödems.)
71. *Sinclair, J. D. S., Large fibromyoma of the urinary bladder. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 823.

72. *Smysslow, Zur Kasuistik der Zottengeschwülste der Harnblase. Arbeiten aus Oppels chir. Klinik. Bd. 4. 1912. Ref. Zentralbl. f. Chir. Bd. 40. p. 1123.
73. Steinthal, Papillom der Harnblase. Ärztl. Verein Stuttgart. Sitzg. vom 10. Okt. 1912. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 46. (Doppelkirschgross neben der Mündung des rechten Harnleiters, schwere Blutung, Exzision nach Sectio alta.)
74. Thompson, W., Malignant tumour of bladder. Leeds an West Riding Med.-Chir. Soc. Sitzg. vom 28. Febr. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 503. (Trotz ausgedehnter Operation nach kurzer Zeit Rezidiv.)
75. Viannay, Cystectomie subtotale. Soc. des Sciences méd. de Saint-Etienne. Revue de Chir. Bd. 48. p. 634. (Wegen Tumors der Blase mit schweren Blutungen.)
76. *Watson, F. S., Chirurgische Behandlung der Papillome und Karzinome der Blase. Urol. and Cut. Rev. Bd. 17. p. 64.
77. Wilms, Totalexstirpation der Blase wegen Karzinoms. Naturhist.-med. Verein Heidelberg. Sitzg. vom 10. Dez. 1912. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 382. (Anilinarbeiter; Herausleitung der Ureteren durch die Lendengegend in zweiter Sitzung vorzunehmen.)
78. *Wossidlo, H., Hochfrequenzströme in der Urologie. IV. Kongr. d. deutsch. Ges. f. Urol. Berlin. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 2278.
79. — Blasenspiegel mit Einrichtung zur Mesothoriumbehandlung von Blasengeschwülsten. IV. Kongr. d. deutsch. Ges. f. Urol. Berlin. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 2280. (Casper verwendet hierzu einen Nelatonkatheter mit der Kapsel in der Spitze; Verbrennungen werden von Gottstein auf falsche Filtrierung zurückgeführt.)
80. *Young, H. H., The present status of the diagnosis and treatment of vesical tumors. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 61. p. 1857.
81. *Zuckerkandl, O., Ausgedehnte Schleimhautresektionen bei multiplen Papillomen der Harnblase. 85. Versamml. deutsch. Naturf. u. Ärzte. Wien. Chir. Sekt. Zentralbl. f. Chir. Bd. 40. p. 2008.
82. — Radiogramme von Blasentumoren. Ges. d. Ärzte Wien. Sitzg. vom 5. Dez. Wiener med. Wochenschr. Bd. 63. p. 3245. (Bei Skiarganfüllung der Blase Tumoren deutlich sichtbar.)

Chute (16) erklärt die Blasentumoren der Mehrzahl nach für klinisch maligne, denn auch die Papillome, wenn sie auch anfänglich gutartig sind oder scheinen, befallen allmählich immer ausgedehnter die Blasenschleimhaut und gefährden Gesundheit und Leben durch Blutungen und Sepsis, welch letztere nicht auf die Blase beschränkt bleibt, sondern sich nach den Nieren verbreitet.

Hagner (25) erklärt alle Blasenpapillome für klinisch maligne und empfiehlt die Eröffnung der Blase bei gleichzeitiger Beleuchtung mittelst des Kystoskops und die Exzision mit ausgedehnter Resektion der Blasenwand. Drei Fälle von Karzinom wurden auf diese Weise mit gutem Dauerresultat operiert. Buerger erklärt in der Diskussion alle auf die Muskularis übergreifende Geschwülste für karzinomatös, ebenso wenn in der Umgebung Ödem besteht. Keyes spricht sich für Hochfrequenzstrombehandlung aus. Osgood erwähnt die Möglichkeit, dass Blutungen fehlen können.

Kolischer (36) hebt die Wichtigkeit der operativen Diagnose besonders bei Blasentumoren hervor, deren genaue Verhältnisse (Sitz, Stielbeschaffenheit, Ausdehnung etc.) durch Kystoskopie allein häufig nicht festzustellen sind.

Smysslow (72) beschreibt einen von der Vorderwand der Blase entspringenden Zottentumor, in dessen Inneres von der Blasenwand aus ein mit Zylinderepithel ausgekleideter, mit regelmässigen Zotten besetzter und mit geléeartiger Masse ausgekleideter Gang führte, der aus einem zurückgebliebenen Reste des Darmrohrs gebildet war.

Watson (76) folgert aus der Beobachtung von 1160 Blasentumoren, dass zwei Drittel der Tumoren bösartig sind, dass gutartige Tumoren als bösartige rezidivieren und dass zwei Drittel im unteren Teil der Blase ihren Sitz haben. Bei gutartigen Tumoren wird die Hochfrequenzstrombehandlung empfohlen, bei malignen entweder die partielle transvesikale Resektion der Blase oder die Zystektomie empfohlen.

Zuckerkandl (81) erklärt die übergrosse Mehrzahl der zottigen weichen Blasenpapillome für karzinomatös, und auch die anscheinend gutartigen haben latenten Karzinomcharakter und neigen zu karzinomatösen Impfmetastasen. Die Hochfrequenzstrombehandlung muss als ein wesentlicher Fortschritt angesehen werden, hat jedoch nur eine beschränkte Anwendung. Bei grossen multiplen Geschwülsten und wenn kystoskopisch nur ein Teil

der Geschwulst sichtbar ist und über die Implantationsstelle keine Klarheit gewonnen werden kann, ist die transvesikale radikale Operation mit weitgehender Schleimhautexzision angezeigt. Bei multiplen und zerstreut sitzenden Geschwülsten kann eine ausgedehnte Schleimhautexzision notwendig werden. Nach der Operation sind in Intervallen von einigen Monaten kystoskopische Kontrollen vorzunehmen und noch vorhandene Geschwülste mit dem elektrischen Strom zu zerstören.

Young (80) erklärt 83% der Fälle von Blasengeschwülsten für maligne und rezidivfähig und spricht sich für suprapubische oder intraperitoneale Operation und Kauterisation aus. Bei Karzinom empfiehlt er die suprapubische Resektion der Blase. Nach der Operation sind etwaige Reste mit 50%igem Resorzin oder Alkohol unschädlich zu machen. Für gutartige Tumoren eignet sich vor allen die Hochfrequenzstrombehandlung. Auch bei anscheinend hoffnungslosen Fällen gibt die Zerstörung mit Thermokauter, Heissluft oder Galvanokauter zuweilen unerwartet gute Resultate.

Buerger (13) beobachtete ein nussgrosses Papillom in einem angeborenen Blasendivertikel, das hinten und links von der hinteren Harnleitermündung sass. Bei der Anwendung von Hochfrequenzströmen traten solche Kontraktionen an der Divertikelmündung ein, dass das Papillom vollständig abgeschlossen wurde.

Endovesikale Behandlung.

Beer (8) hebt die Vorzüge der endovesikalen Behandlung von gutartigen Blasentumoren mittelst Hochfrequenzströmen — besonders die leichte Ausführbarkeit, die Möglichkeit, auch grosse Tumoren schnell und gründlich zu zerstören und die Seltenheit der Rezidive — gegenüber der Kystotomie hervor. Kontraindiziert ist diese Behandlung bei malignen Geschwülsten, bei am Blasenhals sitzenden Geschwülsten, die bei jeder Berührung stark bluten und die schwer oder nicht zu Gesicht zu bringen sind, und bei Kranken, bei welchen die Einführung des Kystoskops unmöglich ist.

Barney (6) fand in einem Falle von Hochfrequenzstrombehandlung eines Blasentumors nach fast vollständigem Rückgang der Geschwulst in der Umgebung eine Infiltration mit Bildung kleiner Knötchen, die er für karzinomatös hielt; die Exzision nach Eröffnung der Blase ergab jedoch lediglich eine entzündliche Infiltration, die auf die Einwirkung des Stromes zurückzuführen ist.

Baer (5) erklärt die Hochfrequenzstrombehandlung der Blasentumoren für eine wertvolle Ergänzung, aber nicht für einen Ersatz der Schlingenmethode und empfiehlt zur Ausführung das von ihm angegebene Pankystoskop. In der Diskussion empfiehlt Stein die Diathermie besonders zur Zerstörung maligner Geschwülste, weniger der Papillome. Baer erkennt die Indikation bei kleinen, besonders multiplen Neubildungen an als Schlussbehandlung ungünstig sitzender Stiele, ferner bei manchen malignen, zur blutigen Behandlung ungeeigneten Tumoren und wo die blutige Behandlung abgelehnt wird.

Bachrach (3) teilt die Resultate der Hochfrequenzstrombehandlung der Blasenpapillome bei 30 Fällen mit, darunter bei drei Fällen von Metastasen nach Entfernung mittelst Sectio alta. Nach Hochfrequenzstrombehandlung wurde kein Rezidiv beobachtet. Bei sehr ausgedehnten Papillomen und bei Karzinomen ist diese Behandlung kontraindiziert.

Binney (9) empfiehlt in dringender Weise die Behandlung der nicht infiltrierten Blasenpapillome mit Hochfrequenzströmen als ungefährliche und radikale Art der Therapie, die am sichersten Rezidive vermeidet. Die einzige Gefahr ist die Blutung, welche aber nur in Ausnahmefällen stark ist.

Bucky (11) hebt die Vorzüge der Hochfrequenzstrombehandlung der Blasentumoren gegenüber der Glühschlinge hervor wegen der Möglichkeit der feineren Dosierung der Koagulation und der feineren Lokalisationsmöglichkeit der Wirkung. Die Hochfrequenzströme sollen möglichst niedrige Spannung haben, da das Bild ein klareres bleibt und bessere Tiefenwirkung garantiert ist, endlich weil der Kranke durch geringere Nerven- etc. -Reizungen weniger irritiert wird. Für Oberflächenwirkung sind möglichst spitze, für Tiefenwirkung möglichst flächenhafte Elektroden zu verwenden. Die Gefahr der Blasenverletzungen als Ursache für Blasenruptur ist bei richtiger Technik gering. Im Anschluss hieran teilt Frank eine Kasuistik von Anwendung der Hochfrequenzstrombehandlung bei Blasenpapillomen mit und hebt ihre Vorzüge vor den anderen endovesikalen Methoden hervor.

Casper (15) beobachtete nach Hochfrequenzstrombehandlung eines Blasentumors 36 Stunden später eine lebensgefährliche Blutung durch Loslösung eines Schorfs, so dass die Methode also nicht vor Nachblutungen schützt. In der Diskussion führt Bucky Nachblutungen nur bei Nekrosenbildung, die vermieden werden soll, und nicht auf Koagulation zurück.

Harpster (26) empfiehlt dringend die Behandlung gutartiger Blasenpapillome mit Hochfrequenzströmen; bei malignen Tumoren ist die Methode wirkungslos.

Heitz-Boyer (28) erklärt die Fulgurisation der gutartigen Blasentumoren der Elektrokoagulation nach Beer für überlegen und für angezeigt bei Geschwülsten bis zu Pfirsichgrösse und bei solchen, die nicht so zahlreich sind, dass sie die ganze Blasenschleimhaut bedecken. Er gibt Vorschriften über die Verschiedenheit der Technik bei kleinen, mittleren und grossen Tumoren mit zugänglichem, nicht sichtbarem und breitem Stiel, welch letztere zwei Arten er in Segmente zu zerteilen vorschlägt, um den Stiel zugänglich zu machen.

Hock (32) tritt für die endovesikale Behandlung der Papillome gegenüber der Sectio alta ein und erklärt die Hochfrequenzströme für einen weiteren Fortschritt in der Therapie der Blasengeschwülste.

Kielleuthner (35) betont die häufige partielle maligne Degeneration anscheinend gutartiger Blasenpapillome und hebt die Vorzüge der endovesikalen Entfernung, besonders bei Rezidiven und bei kleinen flottierenden Exkreszenzen hervor. Bei überwalnussgrossen, breitbasig aufsitzenden (meist malignen) und ganz am Blasenausgang sitzenden Geschwülsten findet aber die Methode ihre Grenze. Die Behandlung mittelst Hochfrequenzströmen gibt ausgezeichnete Resultate.

Kutner (40, 41) benützt zur Beseitigung von Blasentumoren durch Hochfrequenzbehandlung statt eines Oudin-Hochfrequenzapparates einen Thermopenetrationsapparat, der einfacher und gefahrloser ist und eine reine Thermokoagulation ohne Fulguration bewirkt. Nach der Elektrokoagulation wird das Papillom mit der kaustischen Schlinge abgetragen.

Legueu (43) konnte in fünf Fällen von multiplen Papillomrezidiven (nach Operation), in welchen er die Hochfrequenzstrombehandlung zu palliativen Zwecken vornahm, die Verminderung oder das Aufhören der Blutungen bewirken. Von weiteren fünf Fällen wurden vier nach 5—6 Sitzungen geheilt. Die Elektrokoagulation durch Diathermie nach Beer wird der Methode von Heitz-Boyer vorgezogen. Sie wurde auch bei Karzinomen zur Beseitigung der Blutung als sehr wirksam gefunden.

Lewin (46) wendete die Hochfrequenzstrombehandlung nicht nur bei gutartigen Geschwülsten, sondern auch bei malignen inoperablen oder nach Operation schnell rezidivierten Geschwülsten, ferner zur Stillung starker Blutungen aus Karzinomen und Telangiektasien an. In der Diskussion machen Lohnstein, Casper, Wossidlo, Blum und Frank Bemerkungen über die Technik.

Lower (51) teilt einen Fall von grossem, breitgestieltem und am Stiel etwas infiltriertem Papillom mit, das nach Sectio alta durch breite Exzision im Gesunden exstirpiert worden war. Ein Rezidiv wurde durch Hochfrequenzstrom vollständig beseitigt, so dass nach zwei Jahren nur eine kleine weisse Narbe sichtbar war.

Oppenheimer (58) hebt als Vorteile der Behandlung der Blasenpapillome mittelst Elektrolyse die Einfachheit der Methode, den geringen Umfang der Instrumente, die geringe Blutung und Schmerzhaftigkeit, die nicht vorhandene Gefahr einer Blasenperforation und die Möglichkeit der Behandlung des Geschwulstsitzes hervor; störend wirkt nur die Gasbildung und die lange Dauer der Behandlung. Aus dem Verhalten der entfernten Geschwulstpartikelchen lässt sich vielleicht ein Merkmal über Benignität und Malignität gewinnen, indem im ersteren Falle glasige, in Wasser schwimmende, im letzteren derbe und untersinkende Stückchen herausbefördert werden.

Pilcher (59) empfiehlt die Behandlung von Blasenpapillomen mit Hochfrequenzströmen und erreichte in einer Anzahl von Fällen vollständige Heilung ohne Rezidive. Selbst bei lokalisierten Karzinomen hat er die operative Behandlung verlassen und mit Hochfrequenzströmen gute Erfolge erzielt. Genügt diese Behandlung nicht, so öffnet er die Blase und zerstört den Tumor mit dem Thermokauter.

Wossidlo (78) empfiehlt die Anwendung der Hochfrequenzströme besonders bei Blasengeschwülsten, jedoch nur bei gutartigen; kleinere Blutungen können sofort durch den Strom gestillt werden.

Rubritius (63) bespricht die Vorteile der Elektrokoagulation bei Blasengeschwülsten vor der operativen Schnittbehandlung und der endovesikalen Schlingenbehandlung und erklärt sie für indiziert bei allen gutartigen Papillomen, die in zweifelhaften Fällen nach Probeabtragung auf ihren histologischen Bau zu untersuchen sind, ferner bei allen bösartigen Rezidiven früher entfernter Geschwülste und als Palliativbehandlung bei nicht entfernbaren oder bei stark blutenden malignen Tumoren.

Schüller (68) konstruierte ein Instrumentarium zur endovesikalen Bestrahlung maligner Blasentumoren und konnte auch hier eine schädigende Wirkung auf das Tumor-

gewebe ohne Schädigung der normalen Schleimhaut beobachten, jedoch können definitive Resultate noch nicht berichtet werden. Blasenpapillome konnten bei sehr starker Bestrahlung nicht zum Schwinden, wohl aber zum Schrumpfen gebracht werden.

Operative, bzw. gemischte Behandlung.

Heitz-Boyer (29) empfiehlt bei grossen gestielten Blasengeschwülsten zunächst die Sectio alta mit Abklemmung und Abtragung der Geschwulst und zwei Wochen nach dem Schluss der Blasenwunde die intravesikale Zerstörung des Stiels mittelst Hochfrequenzstrom, deren alleinige Anwendung zu schwierig und zeitraubend sein würde.

O'Neil (56) empfiehlt die Sectio alta bei Papillomen mit dünnem Stiel, welche nicht an den Uretermündungen sitzen, dagegen bei allen infiltrierten und breitbasigen Geschwülsten und bei solchen, welche die Resektion und Neueinpflanzung der Ureteren erfordern, die transperitoneale Eröffnung und eventuell die Resektion oder Exstirpation der Blase.

v. Saar (65) exstirpierte durch Sectio alta ein walnussgrosses, gutartiges Papillom der Blase, auf dessen Kuppe der Ureter mündete. Nach Umschneidung im Gesunden und Abtragung wurde der Ureter vorgezogen und weil er auf der Schleimhaut Exkreszenzen zeigte, noch 1 cm höher im Bereiche seines intramuralen Abschnittes abgetragen, endlich seine Schleimhaut mit der Blasenschleimhaut vereinigt. Dauerkatheter in Blase und Ureter. Heilung.

Martens (52) beschreibt einen Fall von Papillomrezidiv, von der Mündung des linken Ureters ausgehend, nach jahrelangen Beschwerden und wiederholten Eingriffen. Die Blase wurde geöffnet und mit Messer und Schere etwa 50 Papillome abgetragen; nach zwei Jahren traten wieder Rezidive auf mit Hineinwachsen von Papillommassen in den stark erweiterten Ureter, der reseziert wurde.

Bastianelli (7) nimmt die Totalexstirpation der karzinomatösen Blase (zwei Fälle) ohne Rücksicht auf die Lage des Harnleiters aus und pflanzt diese am Schluss der Operation in das Rektum oder S Romanum ein.

Heresco (30) erklärt bei multiplen, die Blase ausfüllenden Neubildungen und bei vollständiger Infiltration der Blasenwand die totale Blasenexstirpation für angezeigt. Die Harnleiter werden am besten in die Regio hypogastrica eingepflanzt, so dass es möglich ist, sie zu katheterisieren und das Nierenbecken auszuspülen. Vier Fälle mit Operationsheilung, zwei spätere Todesfälle an Nephritis bzw. Pyelonephritis.

Nicolich (54) resezierte in zwei Fällen von malignen Tumoren fast die ganze Blase oberhalb des Trigonum, tamponierte den Blasenrest und fixierte das Bauchfell am oberen Rande des Bauchschnittes. Es bildete sich eine neue Blase, die vollständig funktionierte.

Oppel (57) führte in einem Falle von Karzinom der Blase bei einer 44 jährigen Frau die Ausschaltung der Blase mittelst Einpflanzung beider Ureteren in das Colon pelvicum nach Mirotworzeff aus. Wegen Nichtentleerung von Harn aus dem Darm und peritonitischer Erscheinungen wurde die Laparotomie gemacht, die Ureteren aber nicht verändert gefunden und eine Atonie der Ureteren angenommen. Der linke Ureter wurde aus dem Darm ausgelöst, in die Haut eingepflanzt und die linke Niere dekapsuliert. Die Harnsekretion links begann am dritten Tage wieder, rechts (wo nicht dekapsuliert worden war) erst am sechsten Tage. Exitus am 11. Tage an Peritonitis. Es wird reflektorische Anurie oder Atonie der Niere und des Harnleiters angenommen. In der Diskussion erklärt Fedoroff die Einwirkung der Dekapsulation auf die Harnabsonderung für eklatant, doch war die Ausschaltung der Blase bei Tuberkulose oder Karzinom zu wenig aussichtsvoll.

Verhalten der Blase bei Uteruskarzinom.

Colaneri (17) erklärt Ödeme aller Art der hinteren Blasenwand stets für ein Zeichen der Verbreitung des Kollumkarzinoms auf die Blase, so dass die Kystoskopie Aufschluss über die Operabilität des Uteruskarzinoms gibt. Zugleich kann aus der Harnentleerung aus dem Ostium geschlossen werden, ob das Karzinom bereits die Ureteren komprimiert.

Cruet (18) hebt hervor, dass einfache Vorwölbung der Blasenwand mit leichten Zirkulationsstörungen keinen Anhaltspunkt für Verbreitung eines Kollumkarzinoms auf die Blase gibt; deutliche Falten- und Wallbildung sprechen für innige Adhärenzen, aber fast stets entzündlicher Natur; dagegen lässt diffuses bullöses Ödem mit breiter paralleler Faltenbildung auf besonders innige Verwachsungen, wahrscheinlich karzinomatöser Natur, schliessen. Die Umwachsung der Ureteren wird durch Verlangsamung, Unregelmässigkeit und Schwäche der Harnejakulationen aus dem Ureterostium und in vorgerückten Fällen aus einer Art

von post-exkretorischer Rigidität der Blasenwand in der Umgebung der Uretermündung erkannt. Gerade diese Veränderungen des Ureters sind sehr häufig, wenn nicht konstant bei Übergreifen des Karzinoms.

Sinclair (71) beschreibt ein faustgrosses, vom Trigonum ausgehendes Fibromyom der Blasenwand bei einer 44jährigen Frau, das seit drei Monaten Schmerzen und Harnretention und seit einer Woche Hämaturien bewirkt hatte und das durch Sectio alta exstirpiert wurde.

11. Blasensteine.

1. *Arcelin, Lithiase vésicale. XVII. franz. Kongr. f. Urol. Journ. d'Urol. Bd. 4. p. 816.
2. Baer, Lithotripsie eines walnussgrossen Steines (Inkrustation) und nachfolgender Extraktion einer Haarnadel aus der Blase eines siebenjährigen Mädchens. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 2118. (Die Haarnadel wurde nach der Lithotripsie mittelst des Oberländer-Vallentinschen Endoskops entfernt.)
3. Beer, E., The relative values of the Roentgen Ray and the cystoscope in the diagnosis of vesical calculi. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 61. p. 1376. (Erklärt für den Nachweis von Blasensteinen die Kystoskopie der Röntgendurchleuchtung noch weit voranstehend.)
5. v. Bokay, J., Infantile Lithiasis in Ungarn. Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 4. Heft 5. (Steine bei Kindern sind nicht immer auf den Harnsäureinfarkt zurückzuführen. Das Prädilektionsalter fällt auf das zweite bis siebente Lebensjahr.)
6. Busse, Operierte Blasensteine. Naturwiss.-med. Ges. Jena. Sitzg. vom 13. Nov. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 2861. (Kolpokystotomie bei 78jähriger Frau nach seit 5 Jahren bestehender Cystitis, nachdem ein Harnröhrenpolyp entfernt worden war, der anfänglich für die Ursache der Krankheit gehalten wurde; apfelgrosser Stein.)
7. Christian, E., Un cas de fragmentation spontanée d'un calcul vésical. Journ. d'Urol. Bd. 3. p. 195. (Spontanzerbrechung eines grösseren Oxalatsteins.)
8. *Cochran, S., The choice of operation in vesical calculus. Lancet. Bd. 1. p. 644.
9. Cohn, F., Kolpokystotomie zur Blasensteinentleerung im Wochenbett. 85. Versamml. deutsch. Naturf. u. Ärzte, Wien. Abteil. f. Geb. u. Gyn. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 1552. (Empfehlung der Kolpokystotomie, ebenso in der Diskussion durch Theilhaber.)
10. Eccles, W. M., Five Calculi of the bladder. West London Med.-Chir. Soc. Sitzg. vom 7. Febr. Lancet. Bd. 1. p. 532. (29jährige Frau, die seit dem 17. Lebensjahre 278 Steine spontan ausgestossen hat.)
11. Fayol, M., Calcul vésical et prolapsus de l'uretère. Soc. des sciences méd. de Lyon. Sitzg. vom 13. Nov. 1912. Lyon. méd. 1912. Nr. 50. (Resektion des Prolapses und Entfernung des hühnereigrossen Steins.)
12. *v. Fedoroff, Blasensteine. IV. Kongr. d. deutsch. Ges. f. Urol. Berlin. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 2277.
13. Feiber, Lithotripsie oder Lithotomie. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 247. (Tritt entschieden für die Lithotripsie ein und lässt nur im äussersten Notfall die Lithotomie zu.)
14. *Ferron, J., Calculs vesicaux et cystoscopie à vision directe. Journ. d'Urol. Bd. 3. p. 319.
15. Goecke, Drei Blasensteine. Allg. ärztl. Verein Köln. Sitzg. vom 6. Okt. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 2485. (Durch Sectio alta entfernt.)
16. Goldberg, Radiogramme von Blasenleiden und von Beckenflecken. Allg. ärztl. Verein Köln, Sitzg. vom 20. Okt. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 2759. (Die Radiographie ist nicht allein beweisend für Blasensteine, gibt aber mehr Aufschluss über die Grösse des Steins als Kystoskopie und Sonde.)
17. — B., Zuckerkrankheit und Blasensteine. Med. Klinik. Bd. 9. p. 667. (Vier Fälle, vielleicht auf Grund gleichzeitiger Uratdiathese; Empfehlung der Litholapaxie.)
18. Heller, J., Pseudotrichiasis der Blase und Pilimiktion. Zeitschr. f. Urol. Bd. 7. p. 1. (Lithothrypsie wegen Blasensteins, Haare infolge Durchbruchs einer Dermoidzyste, Mann. Tabelle von 43 Fällen bei Frauen und 16 bei Männern.)
19. Henkel, Kirschgrosser Blasenstein. Naturwiss.-med. Ges. Jena. Sitzg. vom 30. Jan. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 613. (Bei Prolaps der Scheide; Kolpokystotomie.)

20. *Hirschberg, A., Über einen seltenen Sitz von Ligatursteinen der weiblichen Harnblase. Zeitschr. f. gyn. Urol. Bd. 4. p. 100.
21. Iwanitzki, Radiodiagnostik der Blasensteine bei Kindern. Wratsch. Gaz. 1912. p. 1538. Ref. Journ. d'Urol. Bd. 3. p. 257. (Bei Kindern steht die Radiographie im Vordergrunde der Diagnostik; 16 Fälle.)
22. *Keyes, E. L., Vesical calculus. New York Ac. of Med. Sitzg. vom 2. Jan. Med. Record. New York. Bd. 83. p. 270.
23. Koch, J. A., Steen-snede in Indie. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. II. Nr. 8.
24. Kraft, Spontan zertrümmerter Blasenstein. Ges. d. Ärzte Wien. Sitzg. vom 5. Dez. Wiener med. Wochenschr. Bd. 63. p. 3243. (67 Bruchstücke.)
25. Landivar, R., Calculos vesicales; su tratamiento. Semana med. Buenos Aires. Bd. 20. Nr. 16.
26. *Legueu, Des indications de la lithotritie. Le Mouvement méd. Bd. 1. p. 253.
27. Lejars, Enorme calcul vésical. Soc. de Chir. de Paris. Sitzg. vom 15. Okt. Gaz. des Hôp. Bd. 86. p. 1862. (1840 g schwer, Kystotomie.)
28. *Luys, G., Die kystoskopische Lithothrypsie. Bull. de l'assoc. franç. d'urol. 1912. Paris, O. Doin et Fils.
29. *Madden, F. C., The influence of stone in Egypt. With remarks on a series of 312 operations. Lancet. Bd. 2. p. 132.
30. *Maiss, Fall von Blasenscheidenfistel mit Blasenstein. Gyn. Ges. Breslau. Sitzg. vom 11. Febr. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 692.
31. Marchetti, O., Kolpokystotomie. Rif. med. Nr. 21. (Bei multiplen Blasensteinen wegen Misslingens der Lithothrypsie ausgeführt.)
32. Marguliès, M. S., Blasenstein um eine Revolverkugel. Chir. Arch. Weljam. Bd. 29. p. 397. Ref. Journ. d'Urol. Bd. 4. p. 137. (Kind mit Schusswunde; nach fünf Jahren vollständigen Wohlbefindens traten Hämaturien und Dysurie auf; ein um das Geschoss entwickelter Blasenstein wurde durch Sectio alta entfernt.)
33. *Marion, G., De la cystoscopie dans les calculs vésicaux. Journ. d'Urol. Bd. 3. p. 311.
34. Moore, C. A., Two cases of urinary calculus. Bristol Med.-Chir. Journ. Bd. 31. Nr. 120.
35. Muchadse, Über rezidive Blasensteine und über die Blasennaht nach Prof. Rasumowsky. Wratsch. Gaz. Nr. 31. Kaukas. med. Ges. (Rezidive Blasensteine sind eine recht häufige Erscheinung bei nachgebliebenen Splittern nach Lithotripsie, bei katarrhalischem Zustand der Blase nach Lithotripsie und um Ligaturen. Die Naht nach Rasumowsky hält Muchadse für ideal, weil sie obige Komplikation ausschliesst. Nach dieser Methode sind 11 Kranke operiert worden. Entfernt werden die Nähte am 7.—8. Tage.) (H. Jentter.)
36. Petit, Statistique de 34 lithotrities. XVII. franz. Kongr. f. Urol. Journ. d'Urol. Bd. 4. p. 816. (An 28 Kranken.)
37. Pfister, E., Chinesische Blasensteine. Zeitschr. f. Urol. Bd. 7. p. 945. (Beschreibung und Analyse von 12 Blasensteinen, von denen 11 grösstenteils aus Harnsäure bestanden.)
38. *Preindlsberger, Blasensteine. IV. Kongr. d. deutsch. Ges. f. Urol. Berlin. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 2277.
39 *Schlagintweit, Blasensteine. IV. Kongr. d. deutsch. Ges. f. Urol. Berlin. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 2277.
40. Sexton, L., Vesical calculi. New Orleans Med. and Surg. Journ. Bd. 65. Nr. 10.
41. Starr, V. H., Note on an unusual vesical calculus. Lancet. Bd. 2. p. 392. (11 cm lang, 6 cm dick.)
42. Steiner, Beiträge zur Chirurgie der Blasen-, Prostata- und Harnröhrensteine. Fol. urol. Bd. 7. Nr. 8. (Die Operationsmethode muss sich nach den individuellen Verhältnissen richten. Bei schweren Nierenkomplikationen ist die Lithothrypsie kontraindiziert.)
43. *v. Werthern, Über Erfahrungen mit der Blasennaht beim hohen Steinschnitt an Kindern. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 134.

Madden (29) führte in Ägypten unter 312 Blasensteinoperationen neun bei Frauen aus mit vier Todesfällen, und zwar viermal die Sectio alta (zwei Todesfälle an Bilharziose), dreimal die Kolpokystotomie und zweimal die Entfernung per urethram (ein Todesfall) aus. Bei Kombination mit Bilharziainfektion wird die Prognose besonders bei Frauen für sehr ernst erklärt.

Maiss (30) bezeichnet bei grossen und harten Steinen in der weiblichen Blase die Kolpokystotomie als Operation der Wahl und bezeichnet die Gefahr einer Fistelbildung als gering. Die Dilatation der Harnröhre und das Fassen und Zertrümmern mittelst Kornzange ist wegen der Gefahr der Inkontinenz und des Operierens im Dunkeln und der dadurch möglichen Verletzungen und des Zurückbleibens von Trümmern zu widerraten.

In der Diskussion hebt Küstner als Vorzug des vaginalen Schnittes hervor, dass nach der Entfernung durch Offenlassen des Schnittes die Cystitis zur Ausheilung gebracht werden kann.

v. Fedoroff (12) betont, dass auch die Sectio alta bei Blasensteinen gute Erfolge erzielt, rät aber, zuerst die Lithothrypsie auszuführen und erst, wenn sie nicht gelingt, zur Sectio alta überzugehen. Bei Sectio alta soll die Blase grundsätzlich genäht und ein Dauerkatheter soll nicht eingelegt werden.

Preindelsberger (38) erklärt die Lithothrypsie als die Operation der Wahl. Als Ursache besonders des Vorkommens bei Kindern erklärt er ungeeignete Ernährung, auch zu langes Stillen (in Bosnien bis ins dritte und vierte Lebensjahr) und dadurch verminderte Durchschwemmung der Nieren sowie Darmstörungen.

Ebenso erklärt Schlagintweit (39) bei Kindern primitive hygienische Verhältnisse und einseitige grobe vegetabilische Ernährung für den Grund der Steinbildung. Die Entstehung und das Weiterwachsen der Steine erklärt er durch die Ergebnisse der Kolloidchemie, jedoch ist der erste Anstoss zur Steinbildung noch unaufgeklärt. Als Grund für das Nichtabgehen kleinster Steine wird die samtartige Auflockerung der Blasenschleimhaut und der Mangel der totalen konzentrischen Kontraktion der Blase angeführt. Die Lithothrypsie ergibt bessere Mortalitätsziffern als die Sectio und ist die Operation der Wahl. Sie kann unausführbar sein bei Unmöglichkeit der Einführung der Instrumente, bei grosser Härte, Zahl und Unbeweglichkeit der Steine, z. B. bei Fremdkörpern und gleichzeitigen Blasengeschwülsten. Notwendig ist die Aspiration der Steintrümmer und häufige kystoskopische Kontrolle. Eine Verhütung der Steinbildung ist zurzeit unmöglich.

In den Diskussionen berichten besonders Schultheiss, Hock und Mariasches über grössere Reihen von Lithothrypsien und Steinschnitte und ihre Ergebnisse. Posner macht auf die Bedeutung der Kolloide für die Steinbildung aufmerksam. Frank, Pfeifer, Berg, Kropeit, Born und Bähr teilen Fälle mit, zum Teil mit Fremdkörpern (Seidenfäden, Haarnadeln, Katheterstücke). Zuckerkandl spricht sich auch bei grossen Steinen für die Zertrümmerung aus und benützt zur Anästhesierung der Blase Injektionen von Novokain-Adrenalin, ebenso W. Israel. Colmers injiziert Novokain-Adrenalin in die Gegend der Austrittsstellen der Sakralnerven. Zerbrechen des Instruments bei der Lithothrypsie erwähnen Rosenstein und Cohn. Zur Diagnose (besonders Röntgendurchleuchtung) äussern sich Weisz, Goldberg, Roth und Bähr. Knorr zieht die Sectio alta der Kolpokystotomie vor, welche wenig Platz schafft. Im allgemeinen wird der Lithothrypsie der Vorzug eingeräumt.

Cochran (8) empfiehlt bei der Lithotomie die Füllung der Blase mit Luft und teilt aus China 228 Fälle mit einer Mortalität von 3,9% mit. Die Blase wird mit Zweietagennaht geschlossen und am unteren Wundwinkel gegen die Blasennaht drainiert.

Kielleuthner (c. 10, 35) bespricht die Vorzüge der Lithothrypsie vor der Lithotomie und nennt als Kontraindikationen für erstere nicht übermässig grosse und Divertikelsteine, sowie akut eitrige Infektionen der Niere, Tumoren und tuberkulöse Geschwüre der Blase und ausserordentlich akute Cystitis. Als Vorbedingung sind ferner genügende Durchgängigkeit der Harnröhre, Blasenkapazität von nicht unter 100 ccm und guter funktioneller Zustand der Nieren zu verlangen.

v. Werthern (43) tritt bei Sectio alta an Kindern stets für primäre Blasennaht ein und lässt nur bei schwerster gangränöser Cystitis die Blase offen.

Arcelin (1) betont die Schwierigkeit des radiographischen Nachweises der Blasensteine, von denen 50% dem Nachweis sich entziehen.

Ferron (14) macht auf die Wichtigkeit der direkten Kystoskopie nach der Lithothrypsie aufmerksam.

Keyes (22) bespricht die Diagnose der Blasensteine, wobei Röntgendurchleuchtung und Kystoskopie besonders hervorgehoben werden, ferner die Vorzüge der Litholapaxie vor der Lithotomie, besonders in unkomplizierten Fällen.

Marion (33) hebt den Wert der Kystoskopie bei Blasensteinen hervor nicht nur zur Feststellung der Anwesenheit eines Steines, sondern auch zur Feststellung des Zustandes der Blasenwand und zur Diagnose von Trümmern nach der Lithothrypsie.

Luys (28) empfiehlt zur Entfernung von Blasensteinen beim Weibe die Lithothrypsie unter Anwendung der von ihm angegebenen direkten Kystoskopie.

Legueu (26) gibt der Lithothrypsie vor der Sectio alta den Vorzug, indem er für erstere (918 Fälle) eine Mortalität von 2,7%, für letztere (78 Fälle) eine solche von 10,2% feststellt.

Hirschberg (20) beschreibt eine Blasenscheidenfistel mit zahlreichen kirschgrossen, in der Scheide liegenden Steinen, die sich um Ligaturen gebildet hatten, welche von der vaginalen Operation einer linksseitigen Tubargravidität herstammten. Nach Entfernung der Ligatursteine aus dem Scheidengewölbe schloss sich die Fistel, die an die linke Seite des Trigonums gereicht hatte, spontan.

Siehe ferner Fremdkörper und Parasiten.

12. Fremdkörper.

1. Alexandrow, Fremdkörper der Blase. Russ. urol. Ges. St. Petersburg. Zeitschr. f. Urol. Bd. 7. p. 579. (Entfernung eines Bleistifts aus der Blase per urethram; Smirnow entfernte das Fragment einer elastischen Sonde, die zu Abtreibezwecken irrigerweise in die Blase eingeführt worden war, mittelst des Kystoskops.)
2. Furniss, H. D., One gauze sponge removed from bladder, another from the vagina, months after a Dührssen operation from prolapse. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 60. p. 1879. (Ein Fall, Durchbruch eines Gazetampons in die Blase, aus der er entfernt wurde; Fremdkörpercystitis.)
3. Gagstatter, K., Zwei Fälle von Fremdkörper der Blase. Ges. d. Ärzte Wien. Sitzg. vom 24. Okt. Wiener med. Wochenschr. Bd. 63. p. 2929. (Eine Kornähre und ein Rebenzweig.)
4. Granjean, Späte Perforation einer intraabdominalen Seidenligatur in der Blase. Fol. urol. Bd. 8. p. 231. (Durchbruch eines Seidenfadens $2^1/_2$ Jahre nach Exstirpation eines tubaren Fruchtsackes, Entfernung im Kystoskop.)
5. *Herescu, Fremdkörper der Blase und deren Entfernung auf natürlichem Wege. Spitalul. Nr. 2. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 2303.
6. *v. Klein, Fremdkörperblasenstein. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 23. Nov. 1912. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. p. 228.
7. *Legueu, F., Die Fremdkörper der Blase und ihre Behandlung. Allg. Wiener med. Zeitg. 22. April.
8. Maly, G. W., Fall von aussergewöhnlicher Blasensteinbildung an einem Fremdkörper. Zeitschr. f. gyn. Urol. Bd. 4. p. 89. (Um eine Haarnadel hatten sich acht überhaselnussgrosse fazettierte Steine, perlschnurartig aufgereiht und nicht fixiert, sondern um die Nadel drehbar und verschieblich gebildet. Entfernung durch Sectio alta.)
9. Rylko, Röntgenogramm einer in der Harnblase befindlichen Haarnadel. Przeglad chir. i gin. Bd. 9. p. 241. (Polnisch.) (Als am folgenden Tage die Haarnadel extrahiert werden sollte, fand man sie im Bette der Kranken — sie war spontan ausgetrieben worden und stark mit Harnsalzen inkrustiert. Huzarski führt in der Diskussion zwei eigene Beobachtungen an: in einem Falle hatte eine Zinke der Haarnadel nach der Vagina zu perforiert und wurde per vaginam extrahiert, im anderen Falle entfernte Natanson die Haarnadel per urethram.) (v. Neugebauer.)
10. Schwarzwald, R., Fremdkörper der Blase. Ges. d. Ärzte Wien. Sitzg. vom 24. Okt. Wiener med. Wochenschr. Bd. 63. p. 2929. (Eine Schrapnellkugel und ein mit Phosphaten imprägnierter Tupfer; beide Male Sectio alta.)
11. Senge, J., Zur Kasuistik der Fremdkörper in der weiblichen Harnblase. Zeitschr. f. gyn. Urol. Bd. 4. p. 91. (15jähriges Mädchen, Haarnadel, deren einer Schenkel 2 cm von der äusseren Harnröhrenmündung die Harnröhrenwand durchbohrt hatte und sichtbar war und deren zweiter 1 cm seitlich vom Sphincter internus die Blasenwand durchbohrt hatte und ins linke Labium majus vorgedrungen war. Entfernung im Operationskystoskop.)
12. *Smirnow, Fremdkörper der Blase. Russ. urol. Ges. St. Petersburg. Zeitschr. f. Urol. Bd. 7. p. 579.
13. *Stoeckel, W., Einwanderung eines Tupfers in die Blase nach Schauta-Wertheimscher Prolapsoperation. Zeitschr. f. gyn. Urol. Bd. 4. p. 38 u. Nordwestdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 9. Nov. 1912. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. p. 693.
14. *Vagedes, Blasenstein, entstanden durch Fremdkörper. Niederrhein.-westfäl. Ges. f. Gyn. u. Geb. Sitzg. vom 9. Juni 1912. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Ergänzungsheft. p. 363.

Legueu (7) empfiehlt bei nicht inkrustierten Haarnadeln in der Harnblase die Entfernung per urethram unter Anwendung des Kystoskops, um Verletzungen der Harnblase zu vermeiden. Bei Misslingen wird Eröffnung der Blase und zwar unter der Symphyse, bei Konkrementbildung Sectio alta empfohlen.

Herescu (5) hebt den Wert der Kystoskopie für die Erkennung von Fremdkörpern in der Blase für ihren Sitz und für die Frage der Möglichkeit ihrer Entfernung vermittelst des Kystoskops hervor. Für die Entfernung von Haarnadeln ist eine genügende Entfaltung der Blase durch Flüssigkeitsfüllung und eine Drehung mit dem Bügel nach unten, sowie die Möglichkeit eines festen Fassens Vorbedingung, wozu ein eigener Haken konstruiert wurde. Lumbale Anästhesierung ist dabei wünschenswert. In einem Falle wurde ein Stück Uhrkette, in einem anderen ein von einer tuberkulösen Koxitis stammender Knochensplitter als Kern eines Harnsteins gefunden.

v. Klein (6) entfernte einen Oxalatstein von 7,2 cm Länge und 2,2 cm Dicke, der einen längshalbierten Bleistift als Kern enthielt, bei einem 16jährigen Mädchen mittelst Sectio alta. In der Diskussion teilt Heidenhain die Entfernung eines 33 g schweren Steins bei einem 20jährigen Mädchen, ebenfalls durch Sectio alta mit; als Kern wurde ein Stück eines Gummirings gefunden.

Smirnow (12) entfernte aus der Blase ein Stück einer elastischen Sonde, das zum Versuch der Abtreibung irrigerweise in die Blase eingeführt worden, dort abgebrochen und zurückgeblieben war.

Kielleuthner (c. 10, 35) empfiehlt zur Entfernung kleiner freier Fremdkörper die Aspiration, und wenn diese nicht gelingt, den Lithothrypter, beim Weibe die Einführung eines kleinen Fassinstrumentes neben dem Kystoskop, dagegen bei fixierten Fremdkörpern das Operationskystoskop. Bei weichen inkrustierten Fremdkörpern ist der Lithothrypter, bei starren (z. B. Nadeln) die Sectio alta am Platze. Haarnadeln soll man im Kystoskop umzudrehen suchen.

Vagedes (14) entfernte durch Sectio alta einen um eine Haarnadel, die angeblich erst vier Wochen vorher eingeführt worden war, entwickelten walnussgrossen Blasenstein und ebenso die eingespiesste Haarnadel. In der Diskussion erwähnt Pankow die Blasensteinbildung um Catgutfäden und Everke warnt vor Verwendung von Seidennähten bei Blasennaht und erwähnt drei Fälle von intravesikaler Operation von Blasenscheidenfisteln nach Trendelenburg.

Stoeckel (13) entfernte aus der Blase einen Gazetupfer, der nach Schauta-Wertheimscher Prolapsoperation zurückgelassen worden und in die Blase eingewandert war und eine hartnäckige Cystitis veranlasst hatte. Die Kystoskopie liess einen apfelgrossen Blasenstein annehmen, die Lithothrypsie erwies aber seine wahre Natur und da er per urethram nicht zu entfernen war, wurde die Kolpokystotomie ausgeführt, vor welcher aber der interponierte Uterus erst von der Blase abgelöst werden musste; er wurde dann auf der Blasennaht aufgenäht. Stöckel verlangt bei jeder hartnäckigen operativen Cystitis auf Grund dieses Falles die alsbaldige Kystoskopie.

Siehe ferner Blasensteine.

13. Parasiten der Blase.

1. Bandi, J., Bilharzia. Rif. medica. 1912. Nr. 50. (B. mansonia in Tunis.)
2. *Bauereisen, A., Ein seltener Parasit der weiblichen Harnblase. Zeitschr. f. gyn. Urol. Bd. 4. p. 351.
3. Ferguson, Bilharzial disease. Glasgow. Med. Journ. Jan. (Konstatiert, dass in Ägypten 61% aller männlichen Leichen Bilharzia enthalten.)
4. Joseph, E., Kystoskopische Bilder von Bilharzia der Blase. Berl. med. Ges. Sitzg. vom 12. Febr. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 433. (Diagnose durch Auffindung der Eier.)
5. Kröger, Eier von Distomum haematobium. Med. Ges. Magdeburg. Sitzg. vom 13. Febr. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 1176. (Aus der Blase stammend; Demonstration.)
6. Lotsy, G. O., Bilharziosis der Blase und Ureteren im Röntgenbild, zugleich ein Beitrag zu den Fehlerquellen bei Steinuntersuchung des Harnsystems. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahlen. Bd. 21. Heft 2. (Kalkablagerungen in der Wand können Steine vortäuschen.)
7. *Pfister, E., Histologie der ägyptischen Blasensteine. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 121. Heft 3/4.

8. Pfister, E., Histologie kleiner Bilharziakonkremente. Berl. urol. Ges. Sitzg. vom 15. April. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 940. (Durch Bilharzia hervorgerufene Sandblase; Eier als Steinkern.)
9. — Urolithiasis und Bilharziosis. Arch. f. Schiffs- und Tropenhyg. Bd. 16. Nr. 9. (Die beiden Zustände hängen zwar ursächlich zusammen, aber die Steine enthalten nicht stets als primären Kern Bilharziaeier oder -Würmer.)
10. Richter, P., Historische Beiträge zur Urologie. Zeitschr. f. Urol. Bd. 7. p. 735. (Bemerkungen über das Vorkommen der Bilharzia im alten Babylonien.)
11. Vértes, Oszkár, Hólyagechinococcus esete. Aus der Sitzung des Siebenbürger Museumvereins am 1. März. Ref. Orvosi Hetilap. Nr. 15. (Primärer Blasenechinococcus bei einer Frau mit postklimakterischen Gebärmutterblutungen.)

(Temesváry.)

Pfister (7) fand in nur drei Fällen von Blasensteinen in Ägypten sicher Bilharziaeier; die übrigen Steine waren indirekt durch Bilharzia und zwar durch die dadurch hervorgebrachten steinbildenden Katarrhe bewirkt.

Bauereisen (2) berichtet über einen Fall von Spulwurm in der Blase, der durch eine Dünndarmperforation und Durchbohrung der mit Dünndarm und Flexura sigmoidea verwachsenen Blasenwand dahingelangt war. Die Perforationsstelle in der Blasenwand war von hochgradigem bullösem Ödem umgeben und in ihr war der Wurm sichtbar, der im Kystoskop mittelst Fasszange extrahiert wurde. Ausser dem pelveoperitonitischen Herd bestand Phlegmone der Blase, follikuläreitrige und hämorrhagische Cystitis, Pyelitis, pyämisches Fieber und es kam zu Exitus unter embolischen Erscheinungen.

Siehe ferner Blasensteine.

d) Urachus.

1. André und Boeckel, Radiographie d'un ouraque perméable injecté au collargol. Soc. de Méd. de Nancy. Revue de Chir. Bd. 47. p. 118. (Nachweis des vollständig offenen, mit Kollargol gefüllten Urachus im Röntgenbild; subperitoneale Exstirpation des Urachus und Naht der Blase.)
2. *Barker, A. E., Remnant tumour of the umbilicus. Med. Soc. of London. Sitzg. vom 14. April. Lancet. Bd. 1. p. 1169.
3. Gerster, Patent urachus and epigastric hernia. New York. Surg. Soc. Sitzg. vom 9. April. Annals of Surg. Bd. 58. p. 566. (Exzision.)
4. v. Haberer, H., Fall von Ureterkarzinom. Wissensch. Ärzteges. Innsbruck. Sitzg. vom 13. Juni. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 26. p. 1411. (Kurze Notiz.)
5. Lebedev, D., Urachusfistel. Arch. f. Kinderheilk. Bd. 59. Heft 3/4.
6. Mitchell, J. E., Urachal fistula. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 984. (Entleerung von Harn bei einem männlichen Neugeborenen; die Fistel schloss sich nach etwa sechs Wochen von selbst.)
7. Pendl, Gallertkarzinom einer Urachuszyste. Südostdeutsche Chirurgenvereinigung. Sitzg. vom 22. Nov. Zentralbl. f. Chir. Bd. 41. p. 195. (Exstirpation mit Resektion des Blasenscheitels; nach zwei Monaten Impfmetastase.)
8. Simpson, Congenital anomalies connected with umbilical structures. Liverpool Med. Inst. Sitzg. vom 9. Jan. Lancet. Bd. 1. p. 245. (Fälle von Nabelpolypen, vom Urachus und Dottergang ausgehend.)

Barker (2) entfernte vom Nabel einer Frau einen traubenbeerengrossen Tumor von tuberkulöser Struktur; fünf Jahre später trat in 9 cm Entfernung nach innen von der linken Spina ant. sup. ein gleichgrosser Tumor auf, der nach der Exstirpation den gleichen Bau zeigte und als Metastase des ersten gedeutet wird. Der primäre Tumor wird auf Reste des Urachus oder des Dottergangs zurückgeführt.

e) Harnleiter.

1. *Alglave und Papin, Enorme dilatation pelvienne et lombaire d'un uretère anormalement abouché dans l'urètre. Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris. Bd. 39. p. 110.

2. Alin, E., Doppelseitige Ureterunterbindung bei Ovariotomie. Schwed. geb.-gyn. Sekt. Sitzg. vom 27. Okt. 1911. Gyn. Rundschau. Bd. 7. p. 262. (Nach Ovariotomie 53 Stunden lang keine Harnexkretion, Blase leer, beide Ureteren undurchgängig. Relaparotomie und Entfernung aller Ligaturen; hierauf linker Ureter durchgängig, rechter nicht. Scheidenfistel, die sich von selbst schloss.)
3. Apert, Lemaux und Guillaumot, Rein gauche avec uretère double. Bull. et Mém. de la Soc. anat. de Paris. Nr. 4. p. 171. (Doppelter Ureter mit Vereinigung nahe vor der Blasenmündung; Andeutung von gelappter Niere.)
4. Arcelin, Calcul de l'uretère pelvien droit (intervention en 1910, sans résultat; diagnostic radio-cystoscopique par Arcelin et Giuliani; intervention par Jaboulay et Giuliani; extraction du calcul). Soc. nat. de méd. Sitzg. vom 24. Febr. Lyon méd. Nr. 18. (Bei der ersten Operation war ein durch Radiographie nachgewiesener Stein nicht gefunden worden; ein zweiter Eingriff ergab einen Stein im Beckenabschnitt des Ureters; es wird Radiographie bei liegender Sonde und Kollargolinjektion zum Nachweis einer vorhandenen Ureterdilatation empfohlen.)
5. *Baar, Über Ureterenstrikturen, die eine Nephrolithiasis vortäuschen. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 2838.
6. *Bachrach, B., Über atonische Dilatation der Harnleiter. 85. Versamml. deutsch. Naturf. u. Ärzte. Wien. Chir. Sekt. Zentralbl. f. Chir. Bd. 40. p. 2007.
7. *Barbey, A., Über die Insuffizienz des vesikalen Harnleiterendes. Zeitschr. f. urol. Chir. Bd. 1. p. 567.
8. *Barringer, B. S., Nierenstein mit Ureterocele auf der entgegengesetzten Seite. Interstate Med. Journ. April. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 1278.
9. *Beck, C., The implantation of the ureters into the large bowel. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 61. p. 1691.
10. *Boross, E., Über die eingeklemmten Uretersteine. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 84. Heft 1.
11. *Brongersma, Fall von Myom des Ureters. Holländ. Ges. f. Chir. Sitzg. vom 5. Mai. Zentralbl. f. Chir. Bd. 40. p. 1300.
12. *Buerger, L., Ureterocele; occlusion of ureter and hydronephrosis. New York. Ac. of Med. Sect. on Surg. Sitzg. vom 7. Febr. Med. Record. New York. Bd. 83. p. 589.
13. *— Neue Methode zur Erleichterung der Fortbewegung und Ausstossung von Uretersteinen. Amer. Journ. of Surg. Bd. 27. p. 151.
14. *Bumm, E., Über Unterbindung und Versenkung des verletzten Ureters. Ges. f. Geb. u. Gyn. Berlin. Sitzg. vom 25. April. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 74. p. 1000.
15. *Cabot, H., Ureteral lithiasis. New York. Ac. of Med. Sitzg. vom 2. Jan. Med. Record. New York. Bd. 83. p. 269.
16. — Operative treatment of stone in the ureter. Amer. Journ. of Surg. Bd. 27. p. 154.
17. Casper, L., Grosser Ureterstein. Berl. urol. Ges. Sitzg. vom 15. April. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 940. (Im untersten Ureterabschnitt nach Beckenoperation und Liegenbleiben der Fäden. Entfernung durch Sectio alta.)
18. *Caulk, J. R., Ureterovesical cysts; an operative procedure for their relief. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 61. p. 1685.
19. *Chalier, A., und J. Murard, Note sur les rapports de l'uretère au détroit supérieur. Lyon. chir. Bd. 9. p. 53.
20. *Chiari, Papilläres Karzinom des Ureters. 85. Versamml. deutsch. Naturf. u. Ärzte. Wien, chir. Sekt. Zentralbl. f. Chir. Bd. 40. p. 2008.
21. *Collinson, H., Notes on four cases of ureteral calculus in one of which a complete cast of the ureter was present. Lancet. Bd. 2. p. 1456.
22. Conrad, Mandelgrosser Ureterstein. 4. Kongr. d. deutsch. Ges. f. Urol. Berlin. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 2280.
23. Darrach, W., Ureterolithotomy. New York Surg. Soc. Sitzg. vom 22. Jan. Annals of Surg. Bd. 57. p. 761. (Ureternaht mit Drainage. Heilung.)
24. *Desnos, M., Contribution à l'étude clinique des rétrécissements de l'uretère. Journ. d'Urolog. Bd. 3. p. 739.
25. *Dietrich, S., Anurie nach erweiterter Radikaloperation wegen Kollumkarzinoms. Zeitschr. f. gyn. Urol. Bd. 4. p. 134.
26. *Domatsch, A., Einfluss des Uteruskrebses auf die Harnorgane. Inaus.-Diss. Genf. 1912.
27. *Draper, J. W., und W. F. Braasch, The function of the uretero-vesical valve. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 60. p. 20.

28. *Ebeler, F., Beitrag zum künstlichen Ureterverschluss. Zeitschr. f. gyn. Urol. Bd. 4. p. 181.
29. *Eisendraht, D. N., The repair of defects of the ureter. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 61. p. 1694.
30. Forssell, W., Ein Fall von kongenitaler Verengerung des Ureters mit manifester Hydronephrose nach Entbindung im 6. Monat; nach misslungener Uretero-Pyelo-Neostomie wurde mit Erfolg Uretero-Neostomie ausgeführt. Verhandl. d. obst.-gyn. Sekt. d. Ges. schwed. Ärzte. Stockholm. Hygiea. Nr. 11. (Silas Lindquist.)
31. *Franqué, O. v., Über den Vorfall des Harnleiters durch die Harnröhre nebst Bemerkungen zur Histologie d. Oedema bullosum. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 3. Ergänzungsheft. p. 115.
32. *Furniss, H. D., Ureteral calculus, impacted at vesical orifice, released by fulguration cauterization. New York Obst. Soc. Sitzg. vom 8. Okt. Amer. Journ. of Obst. Bd. 67. p. 140 uud Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 60. p. 1534.
34. *Gayet und Fayol, Calcul vésical et prolapsus de l'uretère. Soc. nat. de méd. de Lyon. Revue de Chir. Bd. 47. p. 271.
35. *— und Michel, Occlusion post-opératoire de l'uretère gauche; néphrectomie. Soc. des Scienc. méd. de Lyon. Revue de Chir. Bd. 48. p. 530.
36. Gerster, Urinary infiltration after retroperitoneal ureterotomy. New York. Surg. Soc. Sitzg. vom 9. April. Annals of Surg. Bd. 58. p. 566. (Der Ureter war nach Entfernung eines Steines nicht genäht worden, sondern es war ein Drain eingelegt worden; es entstand ausgedehnte retroperitoneale Harninfiltration und Eiterung, die schliesslich auf sakralem Wege geöffnet wurde.)
37. Graser, Sehr grosser Ureterstein. 3. Tagung d. Vereinigung bayr. Chir. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 1684. (Ureterektomie, einfache Naht.)
38. Haeckel, Grosser Ureterstein. Wissenschaftl. Ärzteverein Stettin, Sitzg. vom 6. Mai. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 1730. (Zylindrischer Stein, 3,5 cm lang, 1,2 cm dick; erst Pyelotomie, dann Feststellung des Steines 13 cm unterhalb des Nierenbeckens, Ureterotomie, Naht des Ureters und des Nierenbeckens. Heilung. Auch die andere Niere wies einen grossen Stein auf.)
39. Harris, B., Diagnosis of ureteral calculus by means of wax-tipped whalebone filiform bougie used with Nitze Cystoscope. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 15. Nr. 6.
40. *Hartmann, J. P., Over extravesikal Udmunding af Ureter hos kvinden. (Über extravesikale Ausmündung des Ureters bei der Frau.) Hospitalstidende. Kopenhagen. p. 561—576 u. 611—619. u. Zeitschr. f. gyn. Urol. Bd. 4. Nr. 2. (O. Horn.)
41. — J., Zur Kasuistik und operativen Behandlung überzähliger aberranter Ureteren. Zeitschr. f. Urol. Bd. 7. p. 429.
42. *Hayd, H. E., Ureteral injuries. Amer. Assoc. of Obst. and Gyn. 25. Jahresversamml. Amer. Journ. of Obst. Bd. 67. p. 304.
43. Heinsius, F., Über die kystoskopische Diagnose eines Uretersteins und seine Entfernung auf vaginalem Wege. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 73. p. 441 u. 973. (Schüttelfröste und hohes Fieber, Somnolenz. Der im Kystoskop dicht hinter der Uretermündung sichtbare, 2,6 cm lange Stein wurde von der Scheide aus exzidiert.)
44. Jack, W. A., Case of ureteral abscess. Washington Med. Annals. Bd. 12. Nr. 3.
45. *Jianu, J., Adhärente Überpflanzung der Arteria hypogastrica zur Wiederherstellung des Harnleiters. Spitalul 1912. Nr. 12. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 44.
46. Iljin, Zur aszendierenden Infektion der Niere bei Transplantation der Ureteren in den Mastdarm und deren Bekämpfung. Diss. St. Petersburg. (Die Hauptgefahr bei Transplantation des Ureters bildet Infektion des Nierenbeckens und Nierenparenchyms. Das Bacterium coli gelangt auf urogenem, späterhin auch auf lymphatischem Wege in die Niere. Bei vier Kranken mit Ureterentransplantation und Nierenerkrankung wurde aus dem Harn Vakzine bereitet. Bei subkutaner Injektion [max. 180—240 Mill. Körper] trat in zwei Fällen Heilung, in einem Besserung ein. Zur Prüfung dieser Heilmethode stellte Verf. Tierversuche an. Bei allen Tieren [ein- und doppelseitige Uretertransplantation] konnte die prophylaktische Vakzinebehandlung die folgende Erkrankung nicht aufhalten [weder Koli- noch Staphylokokkenvakzine, noch ein Gemisch von beiden]. In allen Fällen, wo die Durchgängigkeit der Ureteren gestört war, traten Veränderungen der Nieren ein. Bei freiem Abfluss des Urins blieben die Hunde lange gesund.) (H. Jentter.)

47. Joseph, E., Ureterstein. Berl. urol. Ges. Sitzg. vom 3. Dez. 1912. Med. Klinik. Bd. 9. p. 235. (Kaffeebohnengross, mit harndurchlassender Rille; auf der Röntgenplatte kaum sichtbar; Ureterotomie, Heilung nach 9 Tagen.)
48. *Juvara, E., Uretère droit double, l'uretère supplémentaire s'abouchant à la vulve, à droite de l'orifice urétral. Bull. et mèm. de la Soc. de Chir. de Paris. Bd. 39. p. 100.
49. Kalenitschenko, Zur Kasuistik doppelter Harnleiter. Russ. urol. Ges. St. Petersburg. Zeitschr. f. Urol. Bd. 7. p. 581. (Zwei Fälle von einseitiger Verdoppelung — einmal rechts, einmal links — durch Chromokystoskopie und Röntgenaufnahme nachgewiesen.)
50. *Kaltenschnee, Ureterenfunktion in der Schwangerschaft. Zeitschr. f. gyn. Urol. Bd. 4. p. 186.
51. *Kidd, F., A small muscle-splitting incision for the exposure of the pelvic portion of the ureter. Lancet. Bd. 1. p. 1578.
52. *Kingma Bolties, M. P., Über intraperitoneale Verwundung der Harnwege. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 84. Heft 2.
53. *Klieneberger, Zur Diagnostik von Uretersteinen. Fortschritte auf d. Gebiete d. Röntgenstrahlen. Bd. 20. Heft 6.
54. — Ureterstein. Ärztl. Bezirksverein Zittau. Sitzg. vom 6. Nov. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 2306. (Pyurie, Röntgennachweis.)
55. *Krause, Abnorme Ausmündung des Ureters. Ärzteverein Steiermark. Sitzg. vom 28. Febr. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 26. p. 1679.
56. Knowlton, A. B., Ureteral calculus. South Carolina Med. Assoc. Journ. Seneca. Bd. 9. Nr. 9.
57. Krall, Totalexstipation der Blase. Naturhist.-med. Verein Heidelberg. Sitzg. vom 17. Juni. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 1707. (Beschreibung eines Urinals für die in die Lendengegend eingepflanzten Harnleiter.)
58. Krause, Zystische Erweiterung des Ureters. 9. Kongr. d. deutsch. Röntgenges. Berlin. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 819. (Röntgendemonstration.)
59. *Kudleck, Beitrag zur Chirurgie des uropoetischen Apparates. Vereinigung niederrhein.-westfäl. Chir. Sitzg. vom 14. Juni. Zentralbl. f. Chir. Bd. 41. p. 286.
60. *Kümmel, Nachweis von Nieren- und Uretersteinen, welche auf dem Röntgenbild nicht sichtbar sind. 85. Versamml. deutsch. Naturforscher u. Ärzte. Abt. f. Chir. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 2367.
61. *— Ureter-Verschlusssteine. Ärztl. Verein Hamburg. Sitzg. vom 25. Nov. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 2755.
62. *Laewen, A., Über doppelseitige Ureterolithotomie bei kalkulöser Anurie. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 84. Heft 2 u. Freie Vereinigung d. Chir. d. Königr. Sachsen. Sitzg. vom 26. Okt. 1912. Zentralbl. f. Chir. Bd. 40. p. 923.
63. Lagarde, R. de B., Ureterverletzung bei abdominaler Hysterektomie und ihre Behandlung. Arch. mens. d'Obst. et de Gyn. Bd. 2. Nr. 7.
64. Legueu und Papin, Quatre cas de dilatation des uretères. XVII. franz. Kongr. f. Urol. Journ. d'Urol. Bd. 4. p. 815. (Doppelseitige Dilatation mit Entleerung durch Ureterkatheter.)
65. Lemoine, G., Note sur le traitement chirurgical des calculs de l'uretère pelvien. Journ. d'Urol. Bd. 3. p. 441. (3 cm langer olivenförmiger Schnitt im untersten Ureterabschnitt; bei transvesikaler Operation mobilisierte sich die Niere nach oben und konnte nicht fixiert werden, daher subperitoneale iliakale Inzision, Freilegung des stark dilatierten Ureters, zuletzt Auffinden des Steins im oberen Pol der stark verdünnten Niere. Nephro-Ureterektomie und Blasennaht. Heilung.)
66. Lexer, Ureterverpflanzung wegen narbiger Stenose mit eingeklemmtem kleinen Stein nahe der Harnleitermündung. Naturw.-med. Ges. Jena. Sitzung vom 31. Jan. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 612. (Das Ureterende war vollständig durch Narben obliteriert, die den eingewachsenen Stein umhüllten. Neueinpflanzung in den Blasenscheitel. Heilung.)
67. Lichtenberg, Zystische Dilatation des vesikalen Ureterendes. Unterelsäss. Ärzteverein Strassburg. Sitzg. vom 26. Juli. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 1730. (Heilung durch Operation.)
68. — Zwei Fälle von Uretersteinen. Unterelsäss. Ärzteverein Strassburg. Sitzg. vom 26. Juli. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 1730. (Nephropexie und Spaltung des Ureters.)

69. Liepmann, W., Atlas der Operationsanatomie und Operationspathologie der weiblichen Sexualorgane mit besonderer Berücksichtigung des Ureterverlaufes und des Suspensions- und Stützapparates des Uterus. Berlin 1912, A. Hirschwald.
70. Lorenzani, G.,, Intorno a due osservazioni di ureterectomie totali per ureterite cistica. Clin. Chir. Bd. 20. p. 2331.
71. *Lorin, H., L'uretère après la néphrectomie. Arch. urol. de la clinique de Necker. Heft 2. p. 145.
72. Lower, W. E., Double congenital stricture of left ureter with movable calculus between points of constriction. Amer. Journ. of Urol. Bd. 9. Nr. 1. (Zwischen den zwei Strikturstellen war der Ureter auf Dünndarmkaliber erweitert und daher der Stein sehr beweglich. Ureterotomie.)
73. Lyle, H. H. M., Ureteral calculus and Pyelitis simulating appendicitis. New York Surg. Soc. Sitzg. vom 9. April. Annals of Surg. Bd. 58. p. 569. (Rechtsseitige Pyelitis, Stein im linken Scheidengewölbe fühlbar. auf extraperitonealem Wege durch Ureterotomie entfernt, gleichzeitig zwei Phlebolithen, die ausser dem Ureterstein Schatten gegeben hatten.)
74. *Mackenrodt, A., Zur Behandlung hoher Harnleiterverletzungen. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 74. p. 241.
75. — Karzinomexstirpation. Ges. f. Geb. u. Gyn. Berlin. Sitzg. vom 22. Nov. 1912. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 73. p. 301. (Übergang des Karzinoms auf die Flexur. Durchschneidung des Ureters im infiltrierten Mesokolon, Exstirpation der Niere.)
76. *Maiss, Fall von Ureterstein. Gyn. Ges. Breslau. Sitzg. vom 11. Febr. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 693.
77. Marmier, P., De la dilatation kystique intravésicale de l'extrémité inférieure de l'uretère. Thèse de Paris. (20 Fälle aus der Literatur und 1 Fall aus der Klinik von Pasteau.)
78. *Marro, A., Zystische Dilatation des Ureterendes mit Vorfall vor die Labia majora. Giorn. d. R. Acad. di med. di Torino. 1912. Nr. 6.
79. *Mayo, Ch. H., Exclusion of the bladder; an operation of necessity and expediency. Amer. Journ. Assoc. Washington. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 60. p. 2065 und Annals of Surg. Bd. 58. p. 133 u. 286.
80. *Michailoff, N., Einige neue Daten zur Ätiologie der Hydronephrosen und Pyonephrosen. (Die angeborene Anomalie der Harnleiter.) Chir. Arch. Weljam. Bd. 29. p. 545. Ref. Zentralbl. f. Chir. Bd. 41. p. 174.
81. Moore, C. A., Ureteral calculus with pain greatest on the opposite site. Bristol Med.-Chir. Journ. Juni. (Linksseitige Ureterotomie im Endabschnitt des Ureters; die Schmerzen auf der ungleichnamigen Seite werden auf Koliinfektion zurückgeführt.)
82. *Morris, H., Ureteral calculus with pain greatest on the opposite site. Lancet. Bd. 2. p. 1584.
83. *Noguès, P., De l'emploi de la bougie tortillée dans le cathétérisme de l'uretère. Journ. d'Urol. Bd. 4. p. 801.
84. *Oppel, W. A., Die Ausschaltung der Harnblase. Arbeiten aus d. prop.-chir. Klinik d. Prof. W. A. Oppel. Bd. 4. St. Petersburg. Ref. Zentralbl. f. Chir. Bd. 40. p. 1124.
85. *Ottow, B., Beitrag zur Kenntnis der intermittierenden Ureterocele vesicalis. Zeitschr. f. gyn. Urol. Bd. 4. p. 103.
86. Papin, E., und R. de B. Lagard, Chirurgische Anatomie des Beckenabschnittes des Ureters. Arch. mens. d'Obst. et de Gyn. Bd. 2. Nr. 7.
87. *Pascual, S., Contribution à l'étude des calculs de la portion intrapariétale de l'uretère. Journ. d'Urol. Bd. 3. p. 447.
88. Pasteau, O., Sonde urétérale graduée. XVII. franz. Kongr. f. Urol. Journ. d'Urol. Bd. 4. p. 815. (Zum Zweck der Radiographie.)
89. — und Belot, Klinik eines Uretersteins. Bull. et mém. de la Soc. de Radiol. de Paris. Juli. (Nachweis von Grösse und Sitz mittelst Röntgendurchleuchtung, Schattensonde, Kollargolinjektion und klinischer Funktionsprüfung.)
90. *Pawloff, A., Über akzessorische Harnleiter. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 121. p. 425.
91. Petrivalsky, J., Die Sondierung der Ureteren nach Pawlik. Casop. cesk. lék. Nr. 14. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 833. (Angabe geeigneter Scheidenspekula und metallener Ureterkatheter und Angabe von Wegweisern zur Auffindung der

Uretermündung und des Ligamentum interuretericum aus der Beschaffenheit der vorderen Scheidenwand.)

92. *Pieri, G., Kongenitale Missbildung des Ureters (doppelter Ureter mit vaginaler Ausmündung). Riv. osped. Bd. 3. p. 493.

93. Pietkiewicz, Die angeborenen Missbildungen des weiblichen Harnsystems. Przegl. chir. i gin. Bd. 7. p. 163. (Behandelt die Strikturen der vesikalen Uretermündungen.)

94. Praetorius, Primärer Krebs des Ureters. IV. Kongr. d. deutsch. Ges. f. Urol. Berl. deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 2279. (Verdickung des Ureters auf Kleinfingerdicke.)

95. *Primbs, K., Untersuchungen über die Einwirkung von Bakterientoxinen auf die überlebenden Meerschweinchenureter. Zeitschr. f. urol. Chir. Bd. 1. p. 600.

96. Reynard, Cathétérisme urétéral. XVII. franz. Kongr. f. Urol. Journ. d'Urol. Bd. 4. p. 815. (Erklärt Unwegsamkeit des Ureters bei Nierentuberkulose als Merkmal schwerer Veränderung der betreffenden Niere.)

97. Reynaud, Un cas de calcul urétéral. Soc. des scienc. méd. de Lyon. Sitzg. vom 20. Nov. 1912. Lyon méd. 1912. Nr. 51. (Dattelförmiger Stein, nach Dauerkatheter und Injektion von Öl und Kollargolinjektion spontan entleert; sehr deutliches Röntgenbild.)

98. Reynes, Cas d'urétérite plastique. XVII. franz. Kongr. f. Urol. Journ. d'Urol. Bd. 4. p. 815. (Mit chronischer Entzündung und parenchymatöser Infiltration.)

99. — Papillomatose diffuse de l'uretère. XVII. franz. Kongr. f. Urol. Journ. d'Urol. Bd. 4. p. 815.

100. Ries, Ureterstein. Deutsche med. Ges. Chicago. Sitzg. vom 20. März. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 1804. (Kein Schatten im Röntgenbild vor der Operation, während der Stein nach der Entfernung einen Schatten warf.)

101. *Rochet, Zugang zum Beckenteil des Ureters. XVII. franz. Kongr. f. Urol. Journ. d'Urol. Bd. 4. p. 815.

102. Roth, P. B., Transperitoneal Ureterolithotomy. Med. Soc. of London. Sitzg. vom 27. Jan. Lancet. Bd. 1. p. 389. (Eingekeilter Ureterstein ca. 5 cm oberhalb der Blasenmündung mit Blutungen, durch Röntgendurchleuchtung nachgewiesen. Starke Verdickung und Dilatation des Ureters oberhalb des Steins. Heilung.)

103. *Rühle, W., Beitrag zum Verhalten der regionären Lymphdrüsen und des Ureters beim Carcinoma colli uteri in graviditate. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 74. p. 321.

104. *Rumpel, Zystische Erweiterung des vesikalen Ureterendes. Berl. urol. Ges. Sitzg. vom 15. IV. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 490 und Zeitschr. f. Urol. Bd. 7. p. 541.

105. *— Zur Diagnose der angeborenen Anomalien der Nieren und Harnleiter. Berl. urol. Ges. Sitzg. vom 3. Dez. 1912. Zeitschr. f. Urol. Bd. 7. p. 166.

106. — Zur Nierendiagnose. Ges. d. Charité-Ärzte Berlin. Sitzg. vom 3. Juli. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 1630. (Beispiele von rötgenographischem Nachweis von Ureterverdoppelung und Lageanomalien der Niere und Verteidigung der Pyelographie.)

107. *Sarwey Zur operativen Ureterverletzung und Ureterchirurgie. Ärzteverein Rostock. Sitzg. vom 11. Jan. Med. Klinik. Bd. 9. p. 518.

108. Schischko, Über Transplantation der Ureteren in die Haut Wratsch. Gaz. Nr. 45. (Auf Grund eigener Versuche an 37 Hunden kommt Schischko zu folgenden Schlüssen: In der grössten Mehrzahl der Fälle tritt nach Implantation des Ureters in die Haut Atonie desselben ein. In 58% der Fälle wird Infektion der Niere beobachtet. Die Infektion verbreitet sich längs der Lymphgefässe des Harnapparates. Die klinischen Beobachtungen scheinen sich mit den experimentellen zu decken.) (H. Jentter.)

109. *Stammler, Fall von doppelseitig aberrierendem Ureter. Ärztl. Verein Hamburg. Sitzg. vom 17. Juni. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 1460.

110. Suter, F., Papillom des Ureters, Nephro-ureterektomie. Urol. and cutan. Rev. Bd. 1. p. 62. (Jahrelang wiederkehrende Blutungen aus dem rechten Ureter, die auch nach der Nephrektomie fortdauerten; bei der schliesslichen Exstirpation des Ureters fand sich im Blasenende ein kirschgrosses Papillom mit Übergangsepithel.)

111. *Tenney, B., Ureteral obstruction. Boston Med. and Surg. Journ. Bd. 168. p. 373.

112. Trevisanello und Dallera, Sopra un caso di calcolosi dell' uretere. Gazz. degli osped. e d. clin. Nr. 47. (4 cm ober der Blasenmündung des Harnleiters, Radiographie; gonorrhoische Infektion.)
113. *Verriolis, Th., L'uretère tuberculeux avant et après la néphrectomie. Thèse de Paris.
114. *Violet, Opération de Wertheim pour cancer du col utérin étendu au ligament large et englobant l'uretère; resection de cet uretère et de la partie de la vessie correspondante; ligature de l'uretère et suture vesicale; fistule vesico-vaginale secondaire; cure de la fistule vésicale dans un deuxième temps; guérison maintenue depuis un an. Soc. nat. de méd. de Lyon. Sitzg. vom 9. Dez. 1912. Lyon méd. p 64.
115. *Voelcker, F., Beitrag zur Therapie der Uretersteine. Zeitschr. f. urol. Chir. Bd. 1. p. 1.
116. *Weibel, W., Weitere Beobachtungen über das Verhalten der Ureteren nach der erweiterten abdominalen Karzinomoperation. Zeitschr. f. gyn. Urol. Bd. 4. p 138.
117. Weisz, F., Diagnostic des calculs urétéraux. Journ. d'Urol. Bd. 4. p. 781. (Fall von Vortäuschung eines Steines durch käsige, aus der tuberkulösen Niere in den Beckenteil des Ureters transportierte Massen; die Freilegung des Ureters ergab keinen Stein; Exitus, Sektionsbefund.)
118. *Wherry, G., An instance of large ureteral calculus and some other cases of calculi. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 1043.
119. Willard, W. P., Eine Methode für aseptischen Ureterenkatheterismus. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 61. p. 1296. (Sterilisation der Ureterkatheter, die in Muslinüberzügen und darüber in Paraffinpapierhüllen stecken, 20 Minuten lang in gespannten Dampf.)

Anatomie, normale und pathologische Physiologie.

Chalier und Murard (19) kommen nach anatomischen Untersuchungen über die Kreuzung der Ureteren mit den Iliakalgefässen zu dem Schlusse, dass der rechte Ureter die Gefässe in der Regel tiefer kreuzt (Luschka), dass aber die Angaben Luschkas von 15 mm über oder unter der Gefässteilung nicht zutreffen.

Draper und Braasch (27) erklären die Inzision der Blasenmündung des Ureters für ungefährlich, sowohl in Rücksicht auf Blutung oder Sepsis als in bezug auf die Niere. Der Rückfluss von Harn wird viel mehr durch die physiologische Funktion des Ureters als durch den Klappenverschluss der Mündung selbst verhindert, denn ein Reflux tritt auch bei Zerstörung der Ureterpapille nicht ein.

Zangemeister (c. 6, 58) beschreibt als Veränderungen der Ureteren in der Schwangerschaft Einbeziehung in die seröse Durchtränkung der Beckenorgane, häufig Klaffen der Mündungen, stärkere Biegung des Verlaufes durch Elevation des Blasenbodens, zweilen bis zur Knickung, die zu Erweiterung und Harnstauung im Ureter und Nierenbecken führen kann.

Kaltenschnee (50) ermittelte mittelst Chromokystoskopie, dass bei Schwangeren von 6—10 Monaten schon physiologisch eine Stauung in beiden Ureteren, und zwar meistens im rechten, bewirkt sein kann. Sie ist die Folge der Dextroposition des Uterus und der Drehung des Trigonum bis über 90°; dadurch erfolgte Zerrung und Abknickung des rechten. und bei sehr starker Drehung auch des linken Ureters. Die Ansicht von Mirabeau. dass die Stauung durch die Schwangerschaftsschwellung der Blasenschleimhaut bewirkt wird, wird abgelehnt wegen der vorwiegenden Stauung im rechten Ureter.

Lorin (71) stellte bei Tierversuchen nach Nierenexstirpation fest, dass die subepitheliale Lage des zurückgelassenen gesunden Ureters einer beträchtlichen Sklerosierung unterliegt. Bei erkranktem Ureter tritt im Laufe von drei Jahren eine Obliteration ein; vorher bleiben die Kontraktionen des Ureters erhalten, aber ein Zurückströmen des Harns findet nicht statt. Der tuberkulös erkrankte, nach Nephrektomie zurückgelassene Ureter macht meistens keine weiteren Symptome, zuweilen kann er leichte Hämaturie oder ein grosses Hämatom an Stelle der exstirpierten Niere bewirken; ferner können Harnfisteln durch Reflux des Harns und Ureteritis entstehen. Lumbalfisteln infolge von Uretertuberkulose heilen meistens spontan, jedoch kann der tuberkulöse Prozess im Ureter fortschreiten, oder es können kalte Abszesse und Peritonitis entstehen. Bei Nephrektomien soll der Ureter, wenn er gesund ist, nach Kauterisation und Ligatur zurückgelassen werden. Der infizierte und septische Ureter soll möglichst tief nach Thermokauterisation durch-

trennt werden. Die primäre lokale Ureterektomie ist, wenn möglich, zu vermeiden. Die Drainage ist unnötig und schädlich, weil sie postoperative Fistelbildung begünstigen kann.

Primbs (95) beobachtete am Meerschweinchenureter nach Einwirkung von Bakterientoxinen (Koli und Staphylokokken) eine sofortige Änderung in der Häufigkeit und Intensität der Ureterkontraktionen, und zwar wirkten kleine Mengen reizend, grosse lähmend. Es wird geschlossen, dass die Toxinwirkung bei Pyelitis einen wesentlichen Einfluss auf die Frequenz der Kontraktionen und den Tonus des Ureters und Nierenbeckens ausübt.

Barbey (7) betont die Möglichkeit der Insuffizienz der Blasenmündung des Ureters und des Aufsteigens von Flüssigkeit aus der Blase in den Ureter; diese Insuffizienz kann kystoskopisch nachgewiesen werden. Sie kann veranlasst sein durch destruktive Prozesse mit Zerstörung von Mukosa und Muskularis am Trigonum, durch Starrheit der Wandung infolge von entzündlicher Infiltration (besonders Tuberkulose), oder bei normalem Blasenbefunde durch Rückenmarksveränderungen, z. B. Spina bifida occulta. Drei Fälle.

Infektionen.

Lorenzani (70) fand in zwei Fällen von Ureterexstirpation wegen Fistelbildung nach vorausgegangener Nephrektomie zystische Ureteritis infolge von Infektion und Eiterstauung.

Verriolis (113) beschreibt die verschiedenen Formen der Tuberkulose des Ureters — Granulationen, Ulzerationen, massive Infiltration, zuweilen mit Nekrose, Obliteration des Ureters (auf 16% der Fälle berechnet), Periureteritis fibro-adiposa oder purulenta, — ferner die Adhäsionen mit den Nachbarorganen, besonders mit der Hohlvene, endlich die Formen der Mündung des tuberkulös erkrankten Ureters. Zur Diagnose dient die Kystoskopie, der Ureterkatheterismus und die einfache Röntgendurchleuchtung oder kombiniert mit Pyelo-Ureterographie. Die Behandlung des erkrankten Ureters besteht in dessen Exstirpation im Niveau des unteren Wundwinkels bei der Nephrektomie. Die totale Ureterektomie ist kompliziert und unnötig. Das zurückbleibende untere Ureterstück bleibt, wenn es nicht erkrankt ist, offen und verursacht keine Störungen; ist es erkrankt, so kann es sekundär zu Pyurie, Bazillurie, Fistel- und Abszessbildung Veranlassung geben. Die tuberkulöse Erkrankung ist auf diese Komplikationen von Einfluss. Pyurie und Bazillurie ist konservativ mit Spülungen und Instillationen, Fistel- und Abszessbildung mittelst sekundärer, möglichst tiefer Abtragung des Ureters zu behandeln.

Bildungsanomalien.

Alglave und Papin (1) beschreiben einen Fall von linksseitiger Beckengeschwulst bei einer an Lendenschmerzen und eitrigem Ausfluss aus der Vulva leidenden 45jährigen Frau. Die wegen Annahme einer Pyosalpinx unternommene Laparotomie ergab normale Adnexe, aber eine retroperitoneale Flüssigkeitsansammlung, auf deren Kompression sich Eiter aus der Harnröhre entleerte. Die Kystoskopie ergab Fehlen der linken Harnleitermündung und die Urethroskopie eine abnorme Ausmündung des Ureters, dessen enorme Erweiterung durch Kollargolfüllung und Durchleuchtung nachgewiesen wurde, in die Urethra. Die Niere wurde mit dem Harnleiter exstirpiert; Heilung.

Hartmann (40, 41) beobachtete die Ausmündung eines überzähligen Ureters mit einem Bläschen in die Vulva links und etwas hinter der Harnröhrenmündung mit dauerndem Harnträufeln. Der Ureter wurde freigelegt und mittelst vorderer Kolpotomie in die Blase eingepflanzt. Das Harnträufeln war bei der 49jährigen Frau erst seit der letzten, 25 Jahre zurückliegenden Entbindung stärker und lästig hervorgetreten.

Auf Grund entwickelungsgeschichtlicher Überlegungen und auf Grund der Analyse von 37 Fällen kommt Hartmann zu dem Schlusse, dass ein überzähliger und abnorm ausmündender Ureter immer einem selbständigen Nierenteil entspricht, und zwar entspricht der tiefer mündende Ureter stets einem höher gelegenen Nierenabschnitt. Die abnorme Ausmündung liegt stets an der vorderen Wand des Genitalkanals in der Nähe der Urethralmündung, bei Einmündung in die Urethra an deren hinterer Wand. Häufig findet sich das abnorm mündende Ende zystenförmig erweitert, und zwar wird angenommen, dass die zystenförmige Erweiterung von den noch erhaltenen Resten des Wolffschen Körpers gebildet ist, in den der Ureter einmündet.

Knauer (55) beobachtete einen ins Scheidengewölbe einmündenden Ureter mit ampullenförmigem Ende, nach dessen Resektion der Ureter in die Blase eingepflanzt wurde.

Pawloff (90) fand unter 200 Nierenoperationen sechsmal doppelte Harnleiter, und sieht in ihnen infolge der gegenseitigen Kreuzungen und spiraligen Umwindungen eine

Ursache von Abflusshindernissen, Retentionen und Ektasien. Bei Pyelitis werden Spülungen, bei partiellen Hydro- und Pyonephrosen partielle Resektionen, im schlimmsten Falle, sowie bei Tuberkulose, die Nephrektomie empfohlen. Von den sechs Fällen betreffen vier Frauen, einmal doppelseitig; zweimal handelte es sich um Pyonephrose, einmal um Ureterzyste am Ostium, einmal um hydronephrotische Wanderniere, einmal um Pyelitis und einmal um Tuberkulose.

Stammler (109) beschreibt je einen doppelseitig aberrierenden, in die Urethra ausmündenden Ureter, bei normaler Blasenausmündung des anderen Harnleiters. Die Diagnose wurde mittelst Kystoskopie, Kollargolinjektion. Ureterkatheterismus, Indigkarmininjektion und Röntgendurchleuchtung gestellt. Die operative Heilung (Kümmell) erfolgte durch Anastomosierung der getrennten Nierenbecken und Unterbindung und Resektion des aberrierenden Ureters.

Pieri (92) beschreibt eine abnorme Ausmündung des rechten Ureters rechterseits von der Harnröhrenmündung in das Vestibulum bei einem 16jährigen Mädchen. Der Ureter war auf 10—12 cm sondierbar und entleerte rhythmisch Harn. Ein zweimaliger Versuch der Einpflanzung des Ureters in die Blase ergab keine Funktion des eingeheilten Harnleiters und führte zu Nierenbeschwerden, so dass die Nephrektomie gemacht wurde. Die exstirpierte Niere zeigte zwei Ureteren, die sich etwa 10 cm oberhalb der Blase vereinigten, und Pyelonephritis. Heilung, jedoch blieb eitrige Cystitis und Harninkontinenz zurück, welch letztere durch Exzision der vulvo-vaginalen Narbe beseitigt wurde, die eine Verziehung von Blase und Urethra nach dem Collum uteri bewirkt hatte.

Kudleck (59) beschreibt einen Fall von Doppelbildung der linken Niere und des Ureters und Einmündung des einen Harnleiters in die Urethra mit Erweiterung des Ureters und Koliinfektion. Durch transperitoneale Operation wurde der stark dilatierte akzessorische Ureter bis zur Niere verfolgt bis zu einem am oberen Nierenpol liegenden kastaniengrossen Gebilde von Nierenbau, das mit entfernt wurde. Die Infektion wird als aufsteigend von der Urethra aus erklärt; ausserdem bestand sekundäre eitrige Cystitis. Achtjähriges Mädchen.

Rumpel (105) macht aufmerksam, dass bei unvollständiger Verdoppelung die Harnleiter beide Harnleitermündungen gleichzeitig funktionieren, bei vollständiger Verdoppelung wobei es sich meist um zwei in Form einer Langniere verschmolzene Nieren handelt, dagegen ungleichzeitig. Der frühzeitige Nachweis (mittelst Wismutkatheters) ist wichtig, weil eine Hälfte hydronephrotisch sein kann. In einem Falle letzterer Art mündet der Harnleiter der hydronephrotischen Hälfte aberrierend in die Scheide. Endlich werden zwei Fälle von hydronephrotischer Beckenniere durch den Röntgenbefund der sondierten Harnleiter nachgewiesen.

Juvara (48) beschreibt bei einem 14jährigen Mädchen Aberration des rechten Ureters, der rechts von der Harnröhrenmündung in die Vulva mündete; der Ureter wurde in seiner Ausdehnung von 18 cm reseziert.

Bachrach (6) beschreibt zwei Fälle von atonischer Dilatation der Harnleiter, die auf kongenitale Defektbildung mit sekundärer Hydronephrose und Hydroureter zurückgeführt wird. Bei einseitiger Erkrankung ist die Nephro-Ureterektomie auszuführen.

Buerger (13) inzidierte eine zystische Erweiterung des vesikalen Ureter-Endes und schnitt, als sich diese als ungenügend erwies, im Kystoskop mit der Zange eine grosse Öffnung in die sich vorwölbende Zyste. Die Ureterozele hatte zur Bildung einer grossen Hydronephrose geführt.

Caulk (18) beschreibt sechs Fälle von zystischer Dilatation des unteren Ureterendes darunter fünf bei Frauen. In einem Falle war sie durch narbige Verengerung nach Tuberkulose entstanden, in einem nach lange dauernder kalkulöser Pyonephrose, in einem weiteren nach Ausstossung von Steinen und einmal nach Heilung eines Geschwürs; zwei Fälle waren kongenital. In zwei Fällen wurde die Zyste endovesikal reseziert. Die Exzision nach Sectio alta wird als zu radikaler Eingriff angesehen, und es wird die endovesikale totale Abtragung mit Exzision im weiten Umkreise um die Uretermündung für geeignete Fälle empfohlen.

v. Franqué (31) beschreibt bei einem 17jährigen Mädchen eine vor die Urethralmündung prolabierte Ureterocele vesicalis, deren vorgefallener Teil sich mikroskopisch abstiess. Nach Sectio alta fand sich an der Stelle der rechten Uretermündung eine schlaffe, zottige Geschwulst und auf ihrer Höhe die Ureteröffnung, die aufgeschnitten und abgetragen wurde, worauf Blasen- und Ureterschleimhaut miteinander vereinigt wurden. Die mikroskopische Untersuchung ergab ein bullöses Ödem der Blasenschleimhaut und der Papillenspitzen und zwischen Blasen- und Ureterschleimhaut Züge von normaler Längs-

muskulatur des Harnleiters. Die Ureterocele wird auf kongenitale Stenose der Uretermündung, welche eine Hemmungsbildung ist, zurückgeführt. Bei grossen Ureterocelen wird die Abtragung nach Sectio alta, bei kleinen die endovesikale Spaltung empfohlen.

Marro (78) beschreibt einen Fall von Prolaps des zystischen Ureterendes durch die Urethra bis in die Vulva. Die gestielte Zyste liess sich bis zur Durchtrittsstelle des rechten Ureters in die Blase mittelst des per urethram eingeführten Fingers verfolgen. Die Behandlung bestand in extraperitonealer Freilegung des dilatierten Ureters, Durchtrennung und Neueinpflanzung in die Blase. Die Infektion der Niere (der Ureter hatte eitrigen Harn entleert) wurde beseitigt und die Funktion der Niere fast vollständig wieder hergestellt.

Ottow (85) berichtet über einen Fall von intermittierender Ureterocele, in welchem offenbar eine reichliche Flüssigkeitsausscheidung die Hervorwölbung hervorbrachte, die dann nach Flüssigkeitsabstinenz verschwunden war.

Barringer (8) erklärt die Ureterocele vesicalis als auf kongenitaler Enge des Ureterostium beruhend und empfiehlt zur Beseitigung die einfache Inzision.

Rumpel (104) erklärt die zystische Erweiterung des vesikalen Ureterendes durch Vorstülpung der Schleimhaut bei schräger Durchbohrung der Blasenwand und längerem submukösem Verlauf des Ureters. Ein Fall von doppelseitiger zystischer Hervorwölbung mit hochgradigen Beschwerden wurde transvesikal mittelst Spaltung und Abtragung sowie Ureter-Dauerkatheter geheilt.

In der Diskussion erwähnt Lohnstein einen Fall von transvesikaler Kauterisation der Ureteröffnung. Lipman-Wulf beschuldigt als Ursache ausser der angeborenen Anlage eine erworbene Entstehung durch stark gesteigerte Sekretion infolge von einseitiger Nierenexstirpation.

Obstruktion des Harnleiters.

Buerger (c. 2. 4/5) empfiehlt zur Dilatation der Harnleiter Bougies mit olivenförmiger Anschwellung, die zugleich als Elektroden dienen können, um elektrische Ströme auf den Ureter einwirken zu lassen.

Noguès (83) empfiehlt zur Überwindung eines Hindernisses im Laufe des Ureters die Einfügung eines Katheters, innerhalb dessen ein Fischbeinbougie mit 2 cm langer, flexibler Gummispitze vorgeschoben wird. Nach Vorschieben bis zur Stelle des Hindernisses wird der Katheter um etwa 10—15 mm zurückgezogen, und nun mit dem Bougie das vielleicht exzentrisch sitzende Lumen zu passieren versucht.

Desnos (24) führt die erworbenen Ureterstenosen vor allem auf Verletzungen bei Steinwanderung zurück, vor allem kann ein rauher Stein eine Verletzung bis auf die Muskularis mit Nekrose, Ulzeration und schliesslicher Narbenstenose bewirken. Operation am Ureter führt meist nicht zu Stenose, ausser nach Infektion, Eiterung und Fistelbildung. Als weitere Ursache wird Entzündung durch Infektion des Nierenbeckens und Ureters mit Streptokokken und Kolibazillen erwähnt; solche Stenosen entwickeln sich langsam und führen proximal zu einer oft sehr starken Erweiterung des Ureters bis zu Dünndarmkaliber. Die Stenose erhöht die Eiterung infolge der Retention, ausserdem kann die Striktur auf dem Wege des uretero-ureteralen Reflexes Schmerzen auf der anderen Seite hervorrufen. Zur Diagnose der Striktur dient am besten die Einführung einer Knopfsonde, die Behandlung besteht in allmählicher Dilatation mit Liegenlassen der Sonden.

Gayet und Michel (35) beobachteten nach Selbstheilung einer durch Hysterektomie bei Uteruskarzinom bewirkten Ureter-Scheidenfistel Ureterverschluss mit Infektion der Niere, so dass die Nephrektomie gemacht werden musste.

Baar (5) beobachtete einen Fall von typischen Koliken, die zu einer Nephrotomie geführt hatten, bei der aber kein Stein gefunden worden war; dieselben wurden auf einen Ureterstein zurückgeführt, erwiesen sich aber als Folge einer auf gonorrhoischer Basis entstandenen Stenose durch Schwellung der Ureterschleimhaut und Pyelitis, die durch Nierenbeckeninjektion von 2%igem Silbernitrat beseitigt wurde.

Tenney (111) führt als hauptsächlichste Symptome des Ureterverschlusses Schmerzen zwischen der Verschlussstelle und der zehnten Rippe an, sowohl spontan als auf Druck, ausserdem Pollakiurie, Drang, Inkontinenz oder Eintreten der Miktion nach wiederholten vergeblichen Versuchen. Die Schmerzen können von Übelkeit, Erbrechen und Fieber, zuweilen auch von subnormaler Temperatur begleitet sein. Die Niere der affizierten Seite ist stets druckempfindlich, ebenso der Ureter in seinem Verlauf, besonders von der Scheide aus.

Uretersteine.

Boross (10) beschreibt 12 Fälle von eingeklemmten Uretersteinen, bei denen die Einklemmung diagnostiziert wurde. Einmal wurde der Stein durch Massage, siebenmal endovesikal mit Ureterkatheter und biegsamer Uretersteinzange entfernt, viermal wurde operiert. In sechs Fällen sass der Stein im Blasenteil des Ureters. Vor allem wird endovesikales Vorgehen empfohlen.

Buerger (13) empfiehlt zur Entfernung von Uretersteinen statt der Bougieerweiterung und Glyzerininjektion die elektrolytische Dilatation von Ureterstrikturen. Die elektrische, mit Olive armierte Sonde, wird mittelst des Operationskystoskops eingeführt; die Applikation ist völlig schmerzlos und die Erweiterung ist intensiver als die mittelst Bougies. In drei Fällen wurde nach 2—4 Tagen die Spontanausstossung der Steine bewirkt.

Cabot (15) macht bei unbeweglichen, nicht völlig obstruierenden Steinen des Ureters die Ureterotomie oberhalb des Steins, wo der Ureter nicht durch entzündliche Vorgänge verengt, sondern meistens erweitert ist; Ausnahmsfälle sind jene, wo der Ureter verengt ist und der Stein ohne Zertrümmerung nicht entfernt werden kann. Nach Entfernung des Steins muss der untere Abschnitt des Ureters auf seine Durchgängigkeit geprüft werden, jedoch soll auch der obere Abschnitt sondiert werden. Strikturierte Stellen sind longitudinal zu inzidieren und quer zu vernähen. Die Ureterotomiewunde ist mit Katgut zu vernähen und mit einem kleinen Drain zu drainieren. Die Hautwunde heilt schnell, wenn die Inzision zwischen und längs der Muskelfasern angelegt worden ist. Bei sehr tief in der Nähe der Blase sitzenden Uretersteinen kann die Ureterotomie mit intravesikaler Operation kombiniert werden.

Collinson (21) berichtet über vier Fälle von Uretersteinen, von welchen zwei durch retroperitoneale Ureterotomie und einer mit dem Sitz im Anfangsteil mittelst Nephrotomie behandelt wurden. In einem vierten Falle gab der Ureter in seiner ganzen Länge einen tiefen, zusammenhängenden Schatten und fand sich bei der Operation vollständig von einem Stein ausgefüllt, der einen förmlichen Ausguss des Kanals darstellte. Der Ureter war bei der Herausnahme schwer geschädigt worden, und da auch die Niere hydronephrotisch war, wurden Niere und Ureter zusammen exstirpiert.

Furniss (32) beschreibt einen von der Scheide aus fühlbaren taubeneigrossen Tumor des Ureters, der, weil der Röntgenbefund negativ war, für eine Geschwulst gehalten und mittelst d'Arsonvalisation behandelt wurde; der Tumor erwies sich als Stein und es wurden zwei grosse Steine in die Blase ausgestossen, während ein dritter noch im Ostium stecken geblieben war.

Gayet und Fayol (34) berichten über Prolaps des Ureters, der wahrscheinlich durch einen lange im Endteil des Ureters stecken gebliebenen und dann spontan ausgestossenen Stein entstanden war. Durch Sectio alta wurde der Stein entfernt, das prolabierte Ureterstück abgetragen und die Schleimhaut durch Zirkulärnaht vereinigt.

Klieneberger (53) empfiehlt in Fällen, in denen die Operation nicht dringlich ist, zur Uretersteindiagnose die Aufnahme in grösseren Zeitintervallen, wobei nach Koliken ein Fortschreiten des Steines erkannt werden kann.

Kümmell (60) füllt zum Nachweis von Nierenbecken- und Uretersteinen das Nierenbecken mit Kollargol; man sieht dann das Nierenbecken erweitert und später wird der mit Kollargol imbibierte Stein sichtbar.

Kümmell (61) führt als weitere Symptome dieser Verschlusssteine spontane und durch Fingerdruck gesteigerte Schmerzen etwa 2 cm oberhalb des Mc Burneyschen Punktes an; Blutungen können dabei fehlen.

Laewen (62) tritt bei kalkulöser Anurie für die doppelseitige extraperitoneale Ureterolithotomie ein; wenn die Steine im iliakalen oder pelvinen Abschnitt der Ureteren eingeklemmt sind; das Nierenbecken muss von Steinen frei sein. Vorher soll versucht werden, die Steine auf unblutigem Wege zu entfernen (z. B. durch Injektion). Bei schweren urämischen Erscheinungen ist die Nephrostomie vorzuziehen. Ein glücklich verlaufener Fall wird mitgeteilt.

Maiss (76) entfernte einen zum Ureterostium herausragenden und von der Scheide aus gefühlten Stein nach Kolpokystotomie mittelst der Kornzange.

Michailoff (80) beschreibt ein intramurales Harnleiterdivertikel, das sechs Konkremente enthielt und durch Inzision nach Sectio alta entleert wurde.

Morris (82) macht darauf aufmerksam, dass bei einseitig nachgewiesenem Steine die Schmerzen auf der anderen Seite durch die Ausstossung kleiner Steine hervorgerufen sein könne, die sich wegen ihrer Kleinheit dem Nachweis entzogen haben.

Pascual (88) nennt als Symptome intraparietaler Uretersteine Vorfall des untersten Harnleiterabschnittes, Ödem der Blasenmündung des Ureters, ausgesprochene Nierenkoliken, lokale Schmerzen, Blasensymptome, die auf Cystitis hinweisen, endlich Hydro- und Pyonephrose und ev. Anurie. Gesichert wird die Diagnose durch Kystoskopie, vaginale Palpation, Harnleiterkatheterismus und Röntgendurchleuchtung. Zuweilen kann aber trotz Harnleitersteines die Sonde passieren. Als Methode der Wahl wird bei Frauen die Entfernung per urethram bezeichnet; bleibt sie vergeblich, so ist die Extraktion transvesikal vorzunehmen.

Voelcker (115) nennt als die Prädilektionsstellen für Einkeilung von Uretersteinen die drei physiologisch verengten Stellen. Als wahrscheinliche Symptome werden Schmerzen genannt, die aber nicht konstant sind; sie entstehen durch Retention und Spannung des Nierenbeckens oder Harnleiters. Wenn sie vorhanden sind, sind sie entweder andauernd oder kolikartig. Schmerzdruckpunkte am Harnleiter sind nachzuweisen. Der Harn enthält meistens pathologische Bestandteile, Blut fehlt jedoch häufig. Ferner gehören hierher Ödem, Vorwölbung oder Vorfall der Harnleitermündung, bei Chromokystoskopie unterbrochenes oder kontinuierliches Vorsickern von Harn, zuweilen in grösseren Pausen, endlich Hindernis beim Ureterkatheterismus. Sicher wird die Diagnose bei Röntgendurchleuchtung nach Einführung schattengebender Katheter; die Methode erlaubt zugleich die Erkennung der Form des Steins, die vor Verwechslung mit Beckenflecken schützt, und die genaue Ortsbestimmung des Steines.

Die Therapie kann zunächst in kystoskopischer Entfernung des Steines, besonders wenn er in die Blase vorragt, bestehen, bei höherem Sitz in Einführung eines Okklusivballonkatheters, dagegen wird galvanokaustische Erweiterung der Harnleitermündung für bedenklich erklärt. Von den blutigen Operationen wird bei iliakalem und lumbalem Sitz der Israelsche Schnitt empfohlen; transperitoneal soll nur operiert werden, wenn aus anderen Gründen intraperitoneal vorgegangen werden muss und bei Ureterimplantation in die Blase oder Harnleiteranastomose. Bei Fühlbarkeit des Steins von der Scheide aus kommt bei Frauen die Operation von der Scheide aus in Frage, der intravesikale Weg nur bei intramuralen Steinen. Der Ureter soll der Länge nach indiziert werden, die Naht ist einschichtig anzulegen, eine Fistelbildung ist nicht zu fürchten. Zwei Fälle werden mitgeteilt, einer von extraperitonealer Ureterotomie bei juxtazervikalem Sitz bei einem 20jährigen Mädchen.

Wherry (118) entfernte durch intraperitoneale Ureterotomie bei einem 16jährigen Mädchen zwei grosse Steine aus dem Beckenabschnitt des rechten Ureters, die durch Röntgenstrahlen und durch Palpation vom Rektum aus nachgewiesen worden waren. Der Ureter wurde genäht und die Bauchhöhle ohne Drainage geschlossen, die Heilung verlief ungestört, obwohl der gestaute Harn infiziert und eitrig war. Ausserdem werden drei operierte Fälle von Nierensteinen (ein Fall doppelseitig) und ein Fall von extravesikal gelegenem Stein (Mann) erwähnt.

Ureterverletzungen und Ureterchirurgie.

Weibel (116) veröffentlicht eine zweite Reihe von 335 erweiterten abdominalen Karzinomoperationen aus der Wertheimschen Klinik und fand bei unverletzten Ureteren auch hier, wie in der ersten Reihe, 6% Ureterfisteln durch Nekrose. Die Ursache dieser Nekrosefisteln ist keine einheitliche, sie können durch mechanische Schädigung des Ureters bei der Operation, durch Aneiterung bei subperitonealer Eiterung, durch Knickung und Überdehnung des Ureters entstehen, jedenfalls spielt aber die Isolierung des Ureters und die dadurch bewirkte Ernährungsstörung eine untergeordnete Rolle. Spontan heilten nur 36,8%, während in der ersten Serie 52,4% Spontanheilungen eintraten, und einmal kam es bei der Spontanheilung zur Atrophie und Aufhebung der Funktion de Niere. Auf die Gesamtzahl von 44 Ureterfisteln treffen 19 spontane Heilungen, 8 Nephrektomien und 13 Todesfälle an Infektion der Nieren, ferner eine Blasenimplantation des Ureters. Prognostisch besonders ungünstig sind die doppelseitigen Ureterfisteln, von denen nur ein Drittel spontan heilte.

Ausserdem liessen sich auch ohne Defekte in der Ureterwand in zahlreichen Fällen nach der Operation mittelst Kystoskopie Funktionsstörungen der Harnleiter, Knickungen Stauungen und Entzündungen (Ureteritis, Pyelitis) nachweisen.

Schliesslich wurden vier Fälle von partieller Verletzung des Ureters, die mit einfacher Ureternaht behandelt wurden (zwei Fälle primär, einer später spontan geheilt) und neun unabsichtliche komplette Durchtrennungen des Ureters, endlich elf Fälle von ab-

sichtlicher Resektion der Ureteren beobachtet. Bei den letzteren elf Fällen wurde der Ureter in die Blase neu eingepflanzt und in 10 Fällen erfolgte die Einheilung, einmal mit Striktur und Atrophie der Niere und einmal mit später auftretender Unwegsamkeit, Pyelitis und Exitus. Da die Dauerresultate in bezug auf Karzinomrezidive bei den Ureterresektionen sehr ungünstig waren, wird die Ausschälung der im Karzinom eingebetteten Ureteren der Resektion vorgezogen.

Bumm (14) erklärt bei hohen Verletzungen des Ureters bei Bauchoperationen oder wenn ein grösseres Stück des Ureters reseziert worden ist, als einfachste Methode die Unterbindung und Versenkung des Ureters, die er in drei Fällen (zwei Ovarial- und ein Kollumkarzinom) mit vollständig befriedigendem Erfolge vornahm. Es kam weder zu Fieber noch zu sonstigen Beschwerden und auch nicht zur Bildung einer erkennbaren Hydronephrose und die andere Niere übernahm ohne Störung die erhöhte Funktion. Das Ureterende wird am besten nach der Unterbindung umgeschlagen und nochmals mit dem Ureter zusammengebunden; eine Knotung nach Kawasoye wird nicht für nötig gehalten, weil beim Menschen der Ureter wegen seiner dicken Wand zuverlässig unterbunden werden kann.

In der Diskussion erwähnt Jolly, dass er in einem einschlägigen Fall die Nephrektomie mit Erfolg ausgeführt habe, und dass diese Operation nicht wesentlich komplizierter ist als Unterbindung und Versenkung. Mackenrodt räumt ein, dass man im Notfall zu dem von Bummschen Verfahren greifen kann, hält aber die plötzliche Ausschliessung der Niere für gewagt und empfiehlt, einstweilen den durchschnittenen Ureter durch die Hautwunde nach aussen zu leiten und erst später zu verschliessen, wenn die Kranke den Schock überstanden hat. Schäffer, Koblank, Gerstenberg und Fromme haben die Unterbindung und Versenkung ebenfalls schon mit gutem Erfolg ausgeführt. Knorr empfiehlt den Mackenrodtschen Vorschlag mit dem Bummschen Verfahren zu verbinden, indem man die Wunde nicht ganz schliesst und das unterbundene Ureterende in der Bauchwunde sichert, so dass man eine funktionelle Prüfung vornehmen und bei ungünstigem Resultat die Ligatur wieder öffnen kann. R. Freund erklärt den Ureterersatz durch die Tube für eine technisch leicht ausführbare Operation. Franz will die Operation nur im dringenden Notfall gelten lassen, weil ein Organ nur dann ausgeschlossen werden darf, wenn man sicher weiss, dass das andere Organ gesund ist; er selbst hat zweimal den Ureter unterbunden, in einem Fall ohne wesentliche Störung, im anderen mit Exitus an Sepsis. In einem dritten Falle von hoher Verletzung des Ureters wurde letzterer teilweise durch die an ihrem Mesenterium gelassene Appendix ersetzt, jedoch entstand in der Folge eine kleine Blasen- (oder Ureter-?) Fistel. Schliesslich spricht sich Bumm gegen die von Mackenrodt empfohlene Anlegung einer Lumbalfistel aus.

Violet (114) resezierte bei Hysterektomie des karzinomatösen Uterus die Blasenwand und unterband den linken Ureter, der subperitoneal geborgen wurde. Es entstand jedoch rechterseits eine Blasenscheidenfistel, die später operiert wurde. Der Ureterverschluss hatte keine Folgen oder Beschwerden verursacht.

Ebeler (28) beschreibt einen Fall von Knotenverschluss des Ureters nach Verletzung bei Auslösung aus karzinomatösen Massen bei Uterusexstirpation. Der mit Seidenfaden abgebundene Ureter wurde doppelt nach Art eines Weiberknotens geknotet. Nach 36 Stunden trat Exitus ein und die Sektion erwies, dass durch die Knotenbildung ein sicherer Ureterverschluss bewirkt worden war.

Sarwey (107) führte bei Verletzung des Ureters bei Myomotomie die Unterbindung des renalen Ureterendes mit Abknickung und Versenkung ins subperitoneale Gewebe aus und empfiehlt hierbei die Knotenbildung nach Kawasoye. In der Diskussion erwähnen Queckenstedt und Eberhard Fälle von symptomlos gebliebenen Ureterunterbindungen, während Ehrich die Möglichkeit einer Infektion fürchtet (zwei Fälle von schwerer eitriger Pyelitis).

Hayd (42) betont, dass Verletzungen des Ureters nach Operationen baldmöglichst zu behandeln sind, und teilt einen Fall von Totalexstirpation wegen Prolaps unter Anwendung von Abklemmung mit, in welchem nach 17 Tagen eine Ureterfistel entstand und nach fünf Wochen die Niere exstirpiert wurde, die schon Zeichen von Entzündung (Leukozyteninfitration im Epithel) und Pyelitis aufwies.

In der Diskussion verwirft Goldspohn bei der Uterusexstirpation die Anwendung von Klemmen und hebt hervor, dass die degenerativen Veränderungen der Niere nach Ureterverletzungen langsam ablaufen, dass also nach so kurzer Zeit, wie in dem Haydschen Falle, eine Nephrektomie noch nicht nötig ist. Frank hebt hervor, dass aseptische Ligatur des Ureters zur aseptischen bindegewebigen Infiltration der Niere führt, bei Infektion dagegen kommt es zu Abszessbildung. Wo die Wiederherstellung der Kontinuität des Ureters

unmöglich ist oder fehl schlägt, soll baldmöglichst die Nephrektomie gemacht werden. Brown erwähnt eine doppelseitige Unterbindung der Ureteren nach Hysterektomie mittelst Catgut, bei welcher die Nephrostomie gemacht wurde und nach Resorption der Catgutligatur die Harnexkretion wieder in Gang kam. Hall erwähnt die Gefahr der Ureterverletzung besonders bei der Operation retroperitonealer Geschwülste und empfiehlt die prophylaktische Sicherung mittelst Einlegens einer Sonde. Carstens verwirft ebenfalls die Klammermethode. Longyear, Carstens und Furniss berichten über Ureterverletzungen und -Ligierungen, letzterer über doppelseitige Unterbindung mit Tod an Urämie. Baldwin führte in einem Falle von operativer Ureterfistel noch nach vier Wochen die Implantation des Ureters in die Blase mit gutem funktionellem Resultat aus; er beschuldigt besonders die vaginale Uterusexstirpation als häufige Veranlassung zu Ureterverletzungen. Werder sieht in der Verwendung von Gasdrains eine Ursache der Entstehung von Fisteln und erwähnt zwei Fälle von doppelseitiger Fistel, einen mit Heilung von der Scheide aus durch Einleitung in ein künstlich gebildetes Blasendivertikel, und einen mit Spontanheilung beider Fisteln. Van der Veer fürchtet die Infektion ausgeschalteter Nieren und tritt für die Nephrektomie ein, wo eine Verbindung nicht hergestellt werden kann.

Mackenrodt (74) hält bei operativen hohen Ureterverletzungen, wenn die andere Niere sicher normal funktioniert, die Nephrektomie für das beste Verfahren. Bei nicht genügender Funktion der anderen Niere empfiehlt er, den Ureter lumbal einzupflanzen und erst später nach Beseitigung der Gefahr zu schliessen und die Niere zu atrophisieren oder zu exstirpieren.

Dietrich (25) beobachtete nach erweiterter Radikaloperation wegen Kollumkarzinoms am 16. Tage eine 86 Stunden währende Anurie infolge starken Ödems der Blasenschleimhaut, besonders an den Uretermündungen, wo sie blasig abgehoben war und Verstopfung der Uretermündungen durch dicke, in die Blase hineinragende Eiterpfröpfe. Instillation von Suprareninlösung (0,1 : 1000) brachte die Blasenschleimhaut zur Abschwellung und führte nach 15 Stunden wieder Harnentleerung herbei.

Rochet (101) schlägt zur Freilegung des Endteiles des Ureters vor, auf transperitonealem Wege dicht neben der nach vorne und oben gezogenen Blase das hintere Peritonealblatt zu inzidieren.

Kidd (51) empfiehlt zur Freilegung des Beckenabschnittes des Ureters einen etwa 9 cm langen, 4—5 cm ober dem Poupartschen Band verlaufenden Schnitt, dessen Mitte oberhalb des inneren Leistenringes liegt. Die Muskellagen werden in der Richtung ihrer Fasern durchtrennt und auseinandergezogen, der Rektus medianwärts gezogen. Nach Durchtrennung der dünnen Fascia transversa wird das Peritoneum parietale stumpf abgeschoben. Der am Peritoneum haftende Ureter wird an der Kreuzungsstelle mit den Iliakalgefässen aufgesucht und nach Anschlingung mit feinen Chromcatgutfäden vorgezogen, in aseptischen Fällen mit Gazestreifen umgeben, in septischen mit Darmklemmen abgeklemmt, schliesslich mit einem scharfen Tenotom inzidiert. Durch Sonde wird der Sitz des Steines festgestellt und dieser mit einer Zange extrahiert. Gelingt dies nicht, so kann versucht werden, durch Gegendruck von der Scheide aus den Stein näher zu bringen, und wenn dies erfolglos bleibt, muss der Ureter bis zur Blase freigelegt werden. Die Muskelfasern und die Hautwunde werden vereinigt und ein Stück eines Gummifingerlings dient als Drainage. In Fällen von Nierentuberkulose soll, wenn die Untersuchung der Blase unmöglich ist, dieser Schnitt gemacht werden, um die Erkrankung (Verdickung) des Ureters festzustellen und auf dieser Seite die Niere zu exstirpieren. 13 Operationsfälle werden mitgeteilt.

Jianu (45) ersetzte in einem Falle ein Stück des bei Karzinomoperation resezierten Harnleiters ducrh ein in situ belassenes Stück der Arteria hypogastrica mit gutem funktionellem Erfolg.

Kingma Bolties (42) stellt durch Tierversuche fest, dass bei intraperitonealer Verletzung der Harnwege der ausfliessende Harn durch aseptische fibrinöse Peritonitis abgegrenzt wird. Bei eitriger (infektiöser) Peritonitis blieb die Wunde offen. Bei lokaler Infektion kann ein intra- oder extraperitonealer Abszess, in den der durchschnittene Ureter einmündet, abgekapselt werden. Zwei Fälle, einer konservativ und einer mittelst Laparotomie und Nierenresektion behandelt.

Sacharin (b. 112) beschreibt sechs Fälle von Ureterresektion bei Operation des karzinomatösen Uterus mit primärer Neueinpflanzung in die Blase, mit einer Heilung und fünf Todesfällen.

Eisendrath (29) suchte bei Hunden Teile des Ureters durch transplantierte Teile der Blase zu ersetzen; aber auch dieses transplantierte Gewebe zeigte, obwohl es an die

Bespülung mit Harn gewöhnt ist, Neigung zu Narbenbildung, Schrumpfung und Stenosierung.

Beck (9) glaubt, dass die permanente Einpflanzung des Ureters mit freiem Ende in den Darm oder die Einpflanzung des Ureters in die Appendix länger vor aufsteigender Pyelitis bewahrt, und hält die Einpflanzung beider Ureteren in die Appendix für möglich. Die temporäre Einpflanzung in den Darm soll die Blase ausschalten und dadurch deren Ausheilung begünstigen, so dass die Ureteren später wieder in die Blase eingepflanzt werden können.

Mayo (79) tritt bei Exstirpation der Blase für die Einleitung der Ureteren in den Darm in der Weise ein, dass die Kanäle eine Strecke schräg durch die Darmwand verlaufen, so dass eine Rückstauung infolge der Kompression durch den Darminhalt unmöglich wird. In drei Fällen von Blasenexstirpation wegen Karzinoms und in vier von Blasenektopie kam es zur Heilung.

In der Diskussion spricht sich Watson bei Exklusion der Blase für die Nephrostomie aus; Shennan erwähnt einen glücklich verlaufenen Fall von Einpflanzung der Ureteren in den Darm bei Blasenektomie; Le Conte führt die aufsteigende Infektion in solchen Fällen nicht auf Aufsteigen im Lumen, sondern durch die Lymphgefässe zurück.

Oppel (84) führte 20 Fälle von Ausschaltung der Blase und Einpflanzung der Ureteren in das Colon pelvinum aus, und zwar achtmal bei Blasenektopie, zweimal bei bösartigen Neubildungen der Blase, dreimal bei Epispadie (darunter ein Mädchen), einmal bei Blasenscheidenfistel, einmal bei Blasen-Nierentuberkulose und anderen unheilbaren Blasenaffektionen. Als Gegenanzeigen werden ungenügende Funktion des Spincter ani, vorgeschrittene Nephritis, Pyelitis und Pyonephrose, endlich Erkrankungen bei kleinen Kindern angeführt. Die aufsteigende Infektion wird nicht für gefährlich gehalten, sie kann durch Säuberung des Darmes vor der Operation, Milchdiät und Vakzination mit Kolivakzine verhütet werden.

Siehe ferner Ureterfisteln.

Geschwulstbildungen.

Douratsch (26) fand bei anatomischer und histologischer Untersuchung des Ureters bei Kollumkrebs die Wand des Ureters intakt, obwohl das Parametrium stark ergriffen war. Die Ureterwand war durch eine Schicht von Fett und Bindegewebe vom Krebsgewebe getrennt. Nur in der Blase wird die Uretermuskularis von Krebszellen befallen.

Rühle (103) fand in einem Falle von Totalexstirpation des karzinomatösen, im achten Monat schwangeren Uterus ausser mehreren kleinen, im rechten Parametrium liegenund einigen iliakalen und hypogastrischen haselnussgrossen Lymphdrüsen 9 cm von der Blasenmündung des Ureters entfernt einen fest mit dem Ureter verwachsenen Karzinomknoten und (bei der Sektion) eine weitere Karzinommetastase innerhalb der Wand des rechten Ureters, die auf lymphatischem Wege entstanden war. Die Parametrien waren frei von Infiltration.

Chiari (20) beschreibt einen Fall von papillärem solitärem Karzinom in der Mitte des Ureters, der mittelst Nephroureterektomie behandelt wurde.

Brongersma (11) beschreibt ein Fibromyom der Ureterwand, das für ein Uterusmyom gehalten worden war. Der Ureter wurde nach Resektion in die Blase neu eingepflanzt, später aber musste wegen Pyonephrose die Niere exstirpiert werden; in letzterer fanden sich multiple kleine, von der Muskelwand der Arterien ausgehende Myomknoten.

---

f) Harngenitalfisteln.

1. Harnröhrenscheidenfisteln.

1. *Asch, Neubildung einer Harnröhre. Gyn. Ges. Breslau. Sitzg. vom 11. Febr. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 690.
2. Franqué, O. v., Hühnereigrosser Stein aus der Vagina. Niederrhein. Ges. f. Natur- u. Heilk. Sitzg. vom 9. Dez. 1912. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 139. (Nach Kolpokleisis wegen Urethral-Blasenscheidenfistel.)
3. *v. Lingen, Harngenitalfistel. Deutscher ärztl. Verein St. Petersburg. Sitzg. vom 19. Nov. 1912. St. Petersb. med. Zeitschr. Bd. 38. p. 63.

4. *Mackenrodt, A., Zur Behandlung von Defekten und Verletzungen des Blasenhalses und der Sphincter urethrae. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 74. p. 247.
5. Ortenberg, H. v., Die Verwendung gestielter Hautlappen zum Verschluss grosser Mastdarmscheidenfisteln. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 1713. (Fall von grosser Blasen-Harnröhrenscheidenfistel, nach zweitägigem Stehen des Kopfes in der Schamspalte, bei der zweiten Operation zum Verschluss gebracht.)
6. *Zweifel, P., Von selbst entstandene Incontinentia urinae mit fast vollständiger Zerstörung der Harnröhre. Gyn. Ges. Leipzig. Sitzg. vom 18. Nov. 1912. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 580.

Asch (1) bildete bei Verlust der Harnröhre, die nur aus einer dünnen, mit der Blase nicht verbundenen Hautbrücke bestand, eine neue Harnröhre durch Umklappung eines hinter der Öffnung geschnittenen Lappens und Übernähung mit Schleimhaut, die aus den kleinen Labien gewonnen wurde. Teilweise Kontinenz.

v. Lingen (3) beschreibt eine Urethralscheidenfistel, nahe dem Sphinkter sitzend, die nach Zangenentbindung nach viertägigem Kreissen entstanden war. Der Verschluss wurde in der Weise erreicht, dass das freipräparierte zentrale Ende der Harnröhre in das periphere eingestülpt und vernäht und darüber die Scheidenwand geschlossen wurde. Vollständige Heilung.

Mackenrodt (4) tritt bei Defekten des Blasenhalses für das von ihm modifizierte Freundsche Verfahren, den Blasendefekt mit dem Uterus zu decken, ein.

Zweifel (6) beschreibt einen Fall von vollkommenem Defekt der hinteren Harnröhrenscheidenwand mit nur noch geringer Funktion des Sphincter vesicae infolge von einer ohne Hilfe verlaufenen Entbindung. Der Defekt wurde durch einen aus der Scheide geschnittenen gestielten Lappen geschlossen und die Kontinenz wieder hergestellt.

2. Blasenscheidenfisteln.

1. Ahrens, Über Endoskopie. Naturwiss.-med. Ges. Jena. Sitzg. vom 13. Febr. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 617. (Empfehlung der Endoskopie mittelst transparenter Gummiblase besonders bei Blasenfisteln.)
2. *Baer, J., Vesikovaginalfistel auf intravesikalem Wege geschlossen. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 2053 u. Ärzteverein Wiesbaden, Sitzg. vom 3. Sept. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 1879.
3. *Baumm, Blasenfisteloperation. Gyn. Ges. Breslau. Sitzg. vom 4. März. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 1014.
4. *— Blasenfisteloperation. Verhandl. d. Deutsch. Ges. f. Gyn. XV. Kongr. Leipzig. p. 148.
5. *Beckmann, W., Kaiserschnitt wegen Scheidenstenose mit vorausgegangener Blasenfisteloperation. Zeitschr. f. gyn. Urol. Bd. 4. p. 95.
6. Capaldi, Zwei Fälle von Blasenscheidenfistel. Arch. di Ostetr. e Gin. Bd. 3.
7. Dobrowolski, Über die Ergebnisse der Harnfisteloperationen der eigenen Kasuistik. Przegl. Lek. 1912. Nr. 18. Ref. Gyn. Rundschau. Bd. 7. p. 744. (19 Fälle von Harnfisteln mit 18 Heilungen, 12 nach einmaliger, sechs nach zweimaliger Operation.)
7a. Fenger-Just, Et Tilfaelde af intravesical Lukuing af en Blarefistel genueen Sectio alta. (Ein Fall von intravesikaler Schliessung einer Blasenfistel durch Sectio alta.) Ges. f. Gyn. u. Obst. 4. Dez. 1912. Ref. Ugeskrift for Laeger. Kopenhagen. p. 2023. (O. Horn.)
8. *Franke, Unheilbare Blasenscheidenfistel. Ärztl. Kreisverein Braunschweig. Sitzg. vom 7. Dez. 1912. Med. Klinik. Bd. 9. p. 271.
9. Guyot, Un cas de fistule vésico-vaginale consécutive à une hystérectomie abdominale pour épithélioma du col; opération de Braquehaye, guérison. Soc. d'obst., de gyn. et de péd. de Bordeaux. Sitzg. vom 14. Jan. Journ. de méd. de Bordeaux. Bd. 84. p. 217. (Inhalt aus Titel ersichtlich.)
10. *Knaggs, R. L., Intractable vesico-vaginal fistula following parturition. Leeds and West-Riding Med.-Chir. Soc. Sitzg. vom 7. Nov. Lancet. Bd. 2. p. 1394.
11. *Legueu, De la voie transpéritonéo-vésicale pour la cure de certaines fistules vésico-vaginales opératoires. Arch. urol. de la clin. de Necker. Heft 1. p. 1.
12. *Minakuchi, K., Über Harnfisteln. Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. 18. p. 377.
13. *Muret, M., Zur Symptomatologie der Blasenscheidenfistel. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 74. p. 299.

14. Neugebauer, Fr. v., Grosse uterovesikovaginale Harnfistel. Heilung durch Hysterotracheokolposynthesis cruenta posterior. Vorstellung der operierten Frau zwei Jahre nach der Operation. Gyn. Sitzg. d. Warschauer ärztl. Ges. 27. Sept. 1912. Przeglad chir. i gin. Bd. 8. Heft 2. p. 325—326. (Polnisch.) (34jährige Frau, vier Kinder und fünf Aborte. Letzte Geburt vor vier Jahren: Forzeps, grosse Fistel, zweimal vergeblich operiert durch Dr. Zander in Aschabad an der persischen Grenze Russlands. Eine dritte Operation verweigerte der Operateur als aussichtslos. Nach zwei Jahren kam die Frau nach Warschau und wandte sich an v. Neugebauer. Vordere Muttermundslippe restlos zerstört, zwischen Blasenhöhle und Vagina fand sich am oberen Fistelrande nur ein dünnes Septum von wenigen Millimetern Dicke. Es hatte sich eine vollständige Intussusceptio portionis vaginalis uteri vesicalis herausgebildet. Bei Lagerung der Frau à la vache sah man nur ein grosses Loch, welches oben von der hinteren Muttermundslippe begrenzt wurde, unten vom unteren Fistelrande. An ein Vorgehen nach Küstner war hier nicht zu denken. v. Neugebauer ergänzte einfach das, was die Natur begonnen hatte und vernähte nach Anfrischung die hintere Muttermundslippe mit dem unteren Fistelrande mit sieben Kupferdrähten, und zwar ohne Narkose. v. Neugebauer hat auf etwas über 300 Harnfisteln nicht mehr als etwa 10 unter Narkose operiert, d. h. diejenigen, welche in der Steinschnittlage operiert wurden, sämtliche anderen in Knieellenbogenlage nach der Methode seines verstorbenen Vaters, Prof. Ludwig v. Neugebauer, ohne Narkose. Am achten Tage Nähte entfernt, prima reunio. Seit der Operation sind zwei Jahre verflossen und die Frau absolut gesund ohne irgend welche Beschwerden; die Menstruation entleert sich beschwerdelos per urethram, die Frau hat für den Beischlaf eine Vagina von normaler Tiefe behalten und — last not least — sie ist durch diese segensreiche Operation ein für alle Male der Gefahr einer neuen Entbindung entzogen. v. Neugebauer hat absichtlich, wenn auch nicht ohne Mühe, diese Frau in der Stadt aufgesucht, um sie heute in der gynäkologischen Sitzung vorzustellen und abermals für diese von ihm in einer ganzen Reihe von Fällen mit bestem Erfolge ausgeführte Operation eine Lanze zu brechen gegenüber allen den Theoretikern, welche jede Kolpokleisis als einen nichtchirurgischen Eingriff verwerfen, ja jede Kolpokleisis ein chirurgisches Verbrechen nennen, weil früher oder später aus der Kloake eine aszendierende Infektion entstehen muss, welche die Kranke einer Pyonephrose und dem Tode entgegenführe. Dieses Verfahren hatten schon L. v. Neugebauer und Spiegelberg angewandt. Während des Schreibens dieses Referates führt v. Neugebauer einen Titel einer Arbeit von Maclean (Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. 1914. p. 274) an: Vesicouterovaginal inclusion of cervix in bladder-wall. v. Neugebauer hat diese Arbeit nicht gelesen, vermutet aber, dass es sich um das gleiche Verfahren handeln dürfte.) (v. Neugebauer.)

14a. Nijhoff, Blasenscheidenfisteloperation. Ned. Tijdschr. v. Verl. en Gyn. 23. Jan. (Operation für kleine Vesiko-Vaginalfisteln. Er spaltet die Vaginalwand in einer Entfernung von 3 cm von dem Fistelrande bis ins paravaginale Gewebe hinein und löst dann die Vaginalwand rundum von der Blase, die an Pinzetten durch die Vaginalwand hingezogen wird; dann legt er eine Börsennaht in die Blasenwand an und schneidet den Vaginalrand der Fistel ab. Hierauf wird die Börsennaht geknüpft und die Vaginalwand geschlossen.) (Mendes de Leon.)

15. *Parham, F. W., Die operative Behandlung der unzugänglichen Blasenscheidenfisteln. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 17. Nr. 3.

16. Plahl, Zur kystoskopischen Fisteldiagnose mittelst Kondoms (Transkondomoskopie). Wissensch. Ärzteges. Innsbruck. Sitzg. vom 4. Juli. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 26. p. 1412. (Kurze Notiz.)

17. Pollosson, Fistule vésico-vaginale; colpocléisis. Soc. de chir. de Lyon. Sitzg. vom 6. Febr. Revue de Chir. Bd. 47. p. 907. Lyon méd. Nr. 23. (Nach Uterusexstirpation entstanden; erst vergeblicher Nahtversuch, dann Kolpokleisis mit vorläufiger Heilung.)

18. *Rosner, 23jähriges Mädchen mit angeborener hymenaler Vaginalatresie und regelmässiger Menstruation per urethram. Przegl. Lek. 1912. Nr. 20. Ref. Gyn. Rundschau. Bd. 7. p. 789.

19. *Rübsamen und Weitzel, Zwanck-Schillingsches Pessar. Gyn. Ges. Dresden. Sitzg. vom 17. April. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 1161.

20. *Schickele, Eine neue Blasenscheidenfisteloperation. Verhandl. d. Deutsch. Ges. f. Gyn. 15. Kongr. Leipzig. p. 150.

21. *Schmid, H. H., Blasenscheidenfistel, geheilt durch freie Faszientransplantation. Zeitschr. f. gyn. Urol. Bd. 4. p. 33.
22. Sfameni, Fistole vescico-vaginali d'origine criminosa. Ginec. Bd. 8. p. 321. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. p. 211. (Zwei Fälle von Fisteln durch Messerstichverletzung, operativ geschlossen, s. gerichtliche Geburtshilfe.)
23. *Solowij, A., Zur Technik der Operation schwieriger Blasenfisteln auf abdominalem Wege. Zeitschr. f. gyn. Urol. Bd. 4. p. 181. Lwowski Tyg. Lek. 1911. Nr. 26.
24. *Staude, C., Über Peroneuslähmung post partum. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. p. 611. u 692.
25. *Wolkowitsch, N., Ein Fall von hartnäckiger Harninkontinenz bei einer Frau, die durch die von mir vorgeschlagene Operationsmethode bei schweren Blasenscheidenfisteln geheilt wurde. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. p. 202.

Zangemeister (c. 6, 58) unterscheidet geburtshilfliche Blasengenitalfisteln durch Drucknekrose, durch direkte instrumentelle Blasenverletzung und durch indirekte Blasenzerreissung. Der Sitz der ersteren ist um so höher, je enger der Muttermund bei der massgebenden Druckwirkung war; bei vollständig erweitertem Muttermund kann die Druckwirkung bis zur Harnröhre herabreichen. Spätes Auftreten der Kommunikation ist hierbei charakteristisch. Von Einfluss ist die Art der Beckenverengung, die Intensität der Wehen, der Ernährungszustand der Weichteile. Schwierige Zangenextraktion kann die zur Nekrose führende Gewebsschädigung begünstigen. Direkte instrumentelle Blasenverletzungen kommen bei Perforation, Dekapitation und Exenteration durch das Instrument, vielleicht weil es abglitt, vor, ferner besonders bei Hebosteotomie, und zwar viel mehr bei der Stich- als bei der offenen Methode (Häufigkeit 11 : 1) und bei der Symphyseotomie, wobei Füllung der Blase, Kindeslage (Schieflage gegenüber Kopflage) Primiparität begünstigend einwirken. Die meisten Blasenverletzungen bei oder nach der Beckenspaltung sind durch direkte instrumentelle Verletzung bewirkt, auch wenn sie erst nachträglich beim Fruchtaustritt sich bemerkbar machen. Ferner können Kolpohysterotomie und zervikaler Kaiserschnitt Blasenverletzungen bewirken. Indirekte Blasenverletzungen können ebenfalls bei Hebosteotomie und Symphyseotomie, bei Forzeps, Perforation, Extraktion und Embryotomie, bei Cervixzerreissungen und Uterusrupturen, bei alten Fistelnarben und Blasensteinen bewirkt werden.

Verletzungen des Ureters und der Ureterscheidenfisteln entstehen durch Einbeziehung des Ureters in die gedrückte Partie, jedoch können sich die Ureteren verhältnismässig leicht nach oben ziehen und ausweichen; sekundär können sie durch Ligierung bei Blasenscheidenfisteloperationen bewirkt werden. Der Sitz der Ureterfisteln ist weit häufiger links als rechts wegen der Rechtsverlagerung der Blase.

Legueu (11) empfiehlt die Operation von Blasenscheidenfisteln, welche nach abdominaler Hysterektomie entstanden sind, auf transperitonealem und transvesikalem Wege. Nach Laparotomie wird die hintere Blasenwand median und longitudinal eröffnet und die Inzision auf die Scheide fortgesetzt, so dass die Fistel und ihre vesikale und vaginale Öffnung sichtbar werden. Hierauf wird durch Querschnitt die Blase von der Scheide getrennt, so dass die zwei Fistelöffnungen voneinander isoliert sind. Dann wird zuerst die Schleimhaut der Blase von oben nach unten, dann Muskularis und Serosa der Blase von links nach rechts vereinigt. Zuletzt folgt isolierte Vernähung der Vaginalöffnung und Peritonisation in der Weise, dass vor der Vaginalfistel das Peritoneum an die Serosa der hinteren Blasenwand genäht und die beiden Fistelöffnungen voneinander unabhängig werden.

Minakuchi (12) veröffentlicht 45 Fälle von Harnfisteln aus der Tübinger Klinik, und zwar drei Blasenbauchdeckenfisteln (künstlich angelegt, zweimal nach Exstirpation eines malignen Blasentumors, beide mit tödlichem Ausgang und einmal bei Schrumpfblase), ferner 34 Blasengenitalfisteln, und zwar 15 geburtshilflichen Ursprungs (davon nur drei nach Spontangeburten), 12 nach gynäkologischen Operationen (neun nach Freund-Wertheim), drei durch Karzinomperforation und eine durch Pessardruck. Von den geburtshilflichen Fisteln war nur eine sicher durch direkte Zerreissung erfolgt. Auf reine Blasenscheidenfisteln kamen sechs, auf Harnröhren- oder Blasenharnröhrenscheidenfisteln drei und auf Blasencervixscheidenfisteln sechs Fälle. Von Komplikationen wurde 12 mal Cystitis und in 15 Fällen von puerperalen Fisteln Menstruationsstörungen (Amenorrhoe) beobachtet. Die Operation erfolgte nie vor Ablauf des Wochenbettes, teilweise nach längerer vorbereitender Behandlung zur Beseitigung von Komplikationen (bis zu $2^1/_2$ Monaten). Das Bozemansche Verfahren wurde niemals, der Schuchardtsche Schnitt achtmal angewendet. Zur Narkose diente die Lumbalanästhesie. Operiert wurden im ganzen 23, und zwar 19

einmal, drei dreimal und eine viermal. In 10 Fällen (neun kleinere und eine zehnpfennigstückgrosse Fistel) wurde die Lappenspaltung ausgeführt mit Vernähung meist in drei Schichten, in zwei Fällen die Lappentransplantation, bei drei Blasenfisteln mit Beteiligung der Harnröhre eine Lappentransplantation, zum Teil unter Gewebsentnahme aus Vulva oder Damm. Zwei Fisteln mit vollständigem Defekt der Harnröhre sind bis jetzt noch nicht vollständig geheilt (eine war viermal operiert worden). Von den Blasen-Cervix-Scheidenfisteln wurden drei nach Inzision des Scheidengewölbes mittelst Lappenspaltung zum Verschluss gebracht, eine Doppelfistel wurde durch Anfrischung und zwei hochsitzende Fisteln vom Abdomen her nach Abschluss der Bauchhöhle, indem nach Pfannenstielschem Schnitt der obere Rand des Peritonealschnittes mit der Vorderfläche des Uterus vereinigt wurde. ope-riert; in einem dieser Fälle musste von der Scheide aus nochmals mittelst Lappenspaltung operiert werden, im zweiten Falle trat nachträglich die Spontanheilung einer noch gebliebenen kleinen Kommunikation ein. Im ganzen wurden von den operierten Fällen 21 geheilt und zwei gebessert Der Uterus wurde zur Deckung der Fistel (Küstner) in Rücksicht auf eine etwaige spätere Geburt niemals verwendet. Bei der Nachbehandlung wurde der Dauerkatheter hauptsächlich nur da, wo die Naht sich auch auf die Harnröhre erstreckte, verwendet, im ganzen in sieben Fällen. Wo der Harn nicht von selbst entleert wurde, wurde alle zwei Stunden katheterisiert.

Sacharin (b. 112) teilt sechs Fälle von Blasenscheiden- und zwei von Ureterfisteln aus der Freiburger Klinik mit, von denen fünf nach meist operativen Geburten und je eine durch Uterusexstirpation, Fremdkörpern und Pfählung entstanden war. Die Vorbehandlung bestand in Kamillensitzbädern und Argentumspülungen der Blase. In fünf Fällen wurde die Fistel primär zum Verschluss gebracht, ein Fall heilte mittelst Kolpokleisis, eine Fistel rezidivierte nach Entfernung inkrustierter Seidenfäden, ein Fall blieb ungeheilt trotz siebenmaliger Operation (einschliesslich Kolpokleisis und Operation nach Trendelenburg). Genäht wurde mit Seide und Catgut, später nur mehr mit Catgut.

Muret (13) beobachtete in vier Fällen, dass bei kleinen Blasenscheidenfisteln mit partieller Inkontinenz der Harn bei der willkürlichen Entleerung nicht per urethram, sondern durch die Fistel abfliesst, weil diese bei der Blasenkontraktion weniger Widerstand leistet als der Sphinkter.

Baumm (3) führte bei fünfmarkstückgrosser, an der Symphyse fixierter Blasenscheidenfistel am Blasenhals eine bogenförmige Inzision längs des Schambogenrandes, die Klitoris mit umgreifend, aus und löste von diesem Schnitt aus alle Weichteile von der Symphyse ab, so dass der Blasenboden herabsank und nach Scheiden-Damminzision zugänglich wurde. Der Fistelgang wurde gespalten und Blase und Scheide isoliert vernäht. Eine restierende Haarfistel wurde nachträglich geschlossen. In gleicher Weise wurde ein weiterer ähnlicher Fall operiert. Der zweite hierbei mitgeteilte Fall ist wohl mit dem schon berichteten identisch (4).

In der Diskussion gibt Küstner an, sowohl durch Scheidenschnitt als durch suprasymphysären Schnitt adhärente Fisteln von der Symphyse abgelöst zu haben. Zur Heilung der Naht empfiehlt er Ruhigstellung der Blase nicht durch Dauerkatheter, sondern durch infrasymphysäre Drainage nach Stoeckel.

Parham (15) erzielte bei einer hochsitzenden, narbig fixierten Blasenscheidenfistel. die nach Uterusexstirpation entstanden war, beim dritten Operationsversuche den Schluss der Fistel unter Anwendung der Methode von Ward und Mackenrodt. Ausserdem wird die Faszientransplantation aus der Fascia lata in Anregung gebracht.

Schickele (20) operierte in einem Falle von markstückgrosser Fistel mit Verlust des unteren Teiles der Vorderlippe und Hineinragen der Portio in die Blase, sowie vollständig fixiertem Uterus und breiter Infiltration des Gewebes bis an die Schambeine in der Weise. dass er zuerst von der Bauchhöhle aus die vordere Plica eröffnete und das vordere Scheidengewölbe durchtrennte, dann nach Herausleiten des Fundus die hintere Uteruswand mit der hinteren Blasenwand seroserös vernähte. Dann erfolgte von der Scheide aus die Ablösung der Blasenschleimhaut von der Scheidenwand und die Vernähung der Scheidenwand mit der vorderen Uteruswand, so dass der in die hintere Blasenwand vorragende Fundus uteri den Verschluss des Defektes bildete.

Schmid (21) beschreibt eine nach Wertheimscher Radikaloperation entstandene Blasenscheidenfistel, bei welcher nach zweimaligem, mittelst Anfrischung vergeblich versuchter Operation die Heilung schliesslich dadurch erzielt wurde, dass nach Ablösung der seitlichen Scheidenschleimhautlappen und Anfrischung und Naht der Fistelöffnung in die freigelegte Blasenschleimhaut ein rechteckiges, aus der Fascia lata entnommenes Faszienstück

(2 : 3 cm gross) quergespannt auf die Blasennaht befestigt und darüber die Scheide in der Längsrichtung vereinigt wurde.

Solowij (23) führte in einem Falle von grosser Blasenscheidencervixfistel mit Zerstörung der vorderen Muttermundslippe (nach Kraniotomie bei Hydrocephalus), nachdem zwei Operationen vorausgegangen waren, die wohl die Blasenfistel, nicht aber die Cervixfistel vollständig zu schliessen imstande waren, schliesslich die Laparotomie und die Exstirpation des Uterus aus und konnte von hier aus die noch bestehende Fistel zum Verschluss bringen. Die Scheide hätte keinen Raum mehr geboten und die Uterusexstirpation gab bequemen Zutritt, gleichzeitig unter Vermeidung der häufigen Blutung bei Trennung der Verwachsungen zwischen Blase und Uterus.

Staude (24) beschreibt eine talergrosse Blasenscheidenfistel nach Entwickelung eines sehr grossen Kindes mit der Zange. Der eine Ureter mündete am Fistelrande selbst, der andere dicht daneben. Die Blase wurde nach Durchtrennung des vorderen Scheidengewölbes bis zur Umschlagstelle hochgeschoben, das Narbengewebe exzidiert, dann das Peritoneum eröffnet und der Uterus herabgeholt und mit dem Defekt vernäht. Dabei wurde beobachtet, dass bei Verletzung der Uretermündungen plötzlich kein Harn mehr ausfloss und die Blase leer blieb; erst nach einer Viertelstunde fing der Harn wieder zu fliessen an. In der Diskussion empfiehlt Stoeckel, der Umklappung des Uterus das Herabziehen und die Aufnähung der vorderen Muttermundslippe an den vorderen Fistelrand (Küstner-Wolkowitsch) vorzuziehen.

Wolkowitsch (25) operierte eine schon zweimal mittelst Gersunyscher Drehung behandelte Harninkontinenz aus unbekannter Ursache bei einer Nullipara durch Verlegung der Harnröhre nach vorne, und als diese Operation erfolglos geblieben und durch Nekrose eine Harnröhrenscheidenfistel entstanden war, durch Denudation eines Streifens der vorderen Scheidenwand bis ins Kollum und Herabziehen des Uterus, der auf die angefrischte Partie der Scheide und auf die Fistelöffnung aufgenäht wurde. Die Operation gelang erst zum zweiten Male durch ausgiebigere Mobilisierung des Uterus, der sich nach der ersten Operation wieder hinaufgezogen hatte.

Baer (2) vermochte eine kleine im Trigonum sitzende Blasenscheidenfistel durch intravesikale Kauterisation mittelst des Pankystoskops zum Verschluss zu bringen.

Franke (8) leitete bei unheilbarer Blasenscheidenfistel beide Ureteren in den Mastdarm und später, da sich infolge Narbenstenose an der Mündung des rechten Ureters eine Ureterzyste gebildet hatte, den rechten Ureter in die Appendix und, da eine Dauerfistel zurückblieb, zuletzt in das Cökum ein. Die Nieren funktionierten 12 Jahre lang gut, dann kam es zu Exitus an Nephritis.

Knaggs (10) führte bei einer geburtshilflichen Blasenscheidenfistel, die auf gewöhnlichem Wege nicht operabel war, die Einpflanzung des linken Ureters ins Rektum auf sakralem Wege aus; nach einiger Zeit wurde die rechte Niere exstirpiert. Schliesslich entstand ein Vorfall der Blase durch die Fistelöffnung.

Beckmann (5) beschreibt einen Fall von Kaiserschnitt wegen trichterförmiger narbiger Verengerung der Scheide nach Operation einer geburtshilflich entstandenen Blasenscheidenfistel.

Maiss (c. 11, 30) brachte eine kleine Blasenscheidenfistel in der narbig verengten Scheide (seit 34 Jahren bestehend und nach Entbindung — Perforation — entstanden) durch Anfrischung und Naht zum Verschluss und entfernte den in der Blase befindlichen Phosphatstein durch Kolpokystotomie.

Rosner (18) fand bei einem durch Blase und Urethra menstruierenden 23jährigen Mädchen kystoskopisch zwischen den beiden Uretermündungen einen Schlitz, den er als Durchbruchstelle eines Hämatoms der verschlossenen Scheide anspricht.

Rübsamen und Weitzel (19) beobachteten den Durchbruch und die aseptische Einheilung eines um einen rechten Winkel gedrehten Zwanck-Schilling-Pessars in die Blase, das mit Konkretionen bedeckt war; der Schleimhautdefekt war fünfzigpfennigstückgross, in der Umgebung bullöses Ödem, sonst keine Veränderungen.

3. Ureterscheidenfisteln.

1. *Boeckel, A., Fistule urétéro-vaginale consécutive à une hystérectomie abdominale totale pour cancer guérie par le cathétérisme uréteral a demeure. Journ. d'Urol. Bd. 4. p. 409.
2. *Goldeberg, M. F., Retroperitoneale Ureterokystotomie bei Ureterovaginalfistel. Amer. Journ. of Surg. Bd. 32. p. 330.

3. *Heinsius, Nierenexstirpation bei Ureterfistel und Pyelonephritis wegen sekundärer Erkrankung der anderen Niere. Ges. f. Geb. u. Gyn. Berlin. Sitzg. vom 10. Jan. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 73. p. 932.
4. Herczel, M., Wertheim-mütét utáni uretersipoly és genyes veselob miatt végzett vesekiirtas a vesecsonkon fekve hagyott klammerekkel. Orvosegyesületi Ertesitö. Nr. 9. (Ureterfistel drei Monate nach einer Wertheimschen Operation; Nierenexstirpation, und zwar wegen Brüchigkeit der Gewebe mittelst liegengelassener Klemmen Heilung.) (Temesváry.)
5. Josephson, C. D., Uretervaginalfistel nach vaginaler Totalexstirpation. Schwed. geb.-gyn. Sekt. Sitzg. vom 4. Okt. 1912. Gyn. Rundschau. Bd. 7. p. 304. (Bei dem Versuch der Freilegung mit Spekulis riss die Narbe und Darmschlingen lagen bloss; wegen Infektionsgefahr Nephrektomie.)
6. *Krömer, P., Eiterniere bei Verschluss oder Unterbrechung des Ureters. Verhandl. d. Deutsch. Ges. f. Gyn. XV. Kongr. Leipzig. p. 128.
7. *Kusmin, Behandlung der Ureterenfistel durch Implantation in die Blase. Med. Obosr. 1912. Nr. 11.
8. Lichtenberg, Ureterscheiden- und Ureterbauchdeckenfistel. Unterelsäss. Ärzteverein Strassburg. Sitzg. vom 26. Juli. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 1730. (Durch Eiterung und Verjauchung des Beckenbindegewebes. Einpflanzung des Ureters in die Blase.)
9. *Ludwig, F., Ureter-Blasen-Scheidenfistel nach kriminellem Abort. Zeitschr. f. urol. Chir. Bd. 1. p. 459.
10. Ries, E., Ureteren-Blasen-Scheidenfistel. Deutsche med. Ges. Chicago. Sitzg. vom 5. Dez. 1912. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 788. (Nach Myomotomie entstanden. Neueinpflanzung des Ureters in die Blase, Heilung, später Steinbildung an der Fistelstelle um einen Seidenfaden, Entfernung mittelst Operationskystoskops.)
11. *Stein, A., Exstirpation of kidney for multiple fistulae. New York Ac. of Med. Sect. on Obst. and Gyn. Sitzg. vom 27. Febr. Amer. Journ. of Obst. Bd. 68. p. 112.

Minakuchi (f. 2, 12) veröffentlicht aus der Tübinger Klinik 10 Fälle von Ureterscheidenfisteln und einen Fall von Ureterbauchdeckenfistel. Sie entstanden in sechs Fällen nach Wertheimscher Operation, einmal nach Exstirpation eines Drüsenrezidivs, einmal nach abdominaler Radikaloperation wegen Genitoperitonealtuberkulose und dreimal nach abdominaler Myomoperation. In vier Fällen wurde der Ureter unabsichtlich, in einem Falle wahrscheinlich und in einem Falle absichtlich verletzt. In vier Fällen entstand die Fistel spontan (Nekrose oder wandständige Ligatur) und in einem Falle lag eine wahrscheinliche Ureterverletzung vor. Fünf Fälle wurden nicht operiert (drei gestorben, eine wegen Weigerung, ein Fall heilte spontan), in vier Fällen wurde der Ureter vaginal in die Blase eingepflanzt (nach Mackenrodt) mit drei Heilungen; einmal wurde die abdominale Implantation anlässlich einer Karzinomrezidivoperation vorgenommen (Exitus an Pyelonephritis). Bei der Ureterbauchdeckenfistel wurde eine künstliche Blasenbauchdeckenfistel angelegt und beide Fisteln durch ein aus der vorderen Bauchdeckenwand gebildetes Rohr zu vereinigen gesucht. Zur Prophylaxe der operativen Ureterfisteln wird sofortige exakte Implantation in die Blase empfohlen; ist dies nicht möglich, so ist an einfache Abbindung des Ureters und Ausschaltung der Niere zu denken.

Krömer (6) beschreibt zwei Fälle von aufsteigender Infektion bei Ureterscheidenfistel, eine bei Totalexstirpation des karzinomatösen Uterus und eine nach Wendung und Extraktion entstanden. In einem Falle enthielt die Niere miliare Abszesse, im anderen Falle war Pyelonephritis mit Steinbildung entstanden.

Heinsius (3) beschreibt eine linksseitige Ureterscheidenfistel geburtshilflichen Ursprungs (Zange), bei der wegen vorgeschrittener Vereiterung der Niere diese exstirpiert wurde, obwohl auch die andere Niere erkrankt war; die letztere heilte aber nach der Operation aus und es wird daher bei Pyelonephritis und sekundärer Erkrankung der anderen Niere die Exstirpation der ersteren als dringend indiziert bezeichnet.

In der Diskussion bekämpft Gottschalk diese allgemein gezogene Schlussfolgerung unter Mitteilung eines Falles von operativ entstandener Ureterscheidenfistel mit Erkrankung auch der anderen Niere, in dem die konservative Behandlung sicher lebensrettend war; ebenso äussert sich Zinsser unter Erwähnung eines ähnlichen Falles von Ureterscheidenfistel, in dem die Exstirpation der Niere der verletzten Seite zu Urämie und Exitus führte.

Boeckel (1) berichtet über einen Fall von offenbar seitlicher Ureterverletzung nach Hysterektomie und nachher entstandener Ureterscheidenfistel, in welchem es gelang, einen

Ureterkatheter bis ins Nierenbecken vorzuschieben. Die Fistel schloss sich nach mehrmaligem Einlegen eines Ureterdauerkatheters von selbst.

Goldeberg (2) pflanzte bei einer geburtshilflich entstandenen Ureterscheidenfistel (nach Forzeps) den retroperitoneal freigelegten Ureter neu in die Blase ein. Die neue Öffnung funktionierte, aber ohne rhythmische Ejakulationen.

Stein (11) beobachtete nach Exstirpation eines Pyosalpinx eine Harnfistel in der Bauchwunde, und drei Wochen später eine linksseitige Ureterscheidenfistel. Der stark erweiterte Ureter wurde durchtrennt und in die Blase eingepflanzt, und da dies erfolglos blieb, wurde schliesslich die Niere exstirpiert, welche nicht eitrig infiziert war, aber Petechien enthielt und interstitielle nephritische Veränderungen zeigte.

Kusmin (7) pflanzt bei Ureterscheidenfistel den isolierten und gespaltenen Ureter auf peritonealem Wege in die Blase ein; die den Ureter befestigenden Nähte werden vor der Einführung des Ureters angelegt, das Peritoneum wird über dem Ureter und der Einpflanzungsstelle vernäht. Die Endresultate waren stets günstig, obwohl zweimal Eiterung aus der Bauchwunde auftrat.

Ludwig (9) beschreibt eine Ureterblasenfisel und eine Blasenscheidenfistel mit Bildung einer verjauchten Höhle im rechten Scheidengewölbe nach dreimaligem Abtreibeversuch mittelst Sonde. Die Blasenscheidenfistel wurde nach vergeblichem Versuch auf vaginalem Wege durch extraperitoneales Vorgehen mittelst Schnitt parallel zum Lig. inguinale zum Verschluss gebracht. Die Schwangerschaft erreicht ihr normales Ende, aber $1^1/_2$ Monate nach der Geburt brach nach Körperanstrengung die noch bestehende Ureterblasenfistel in die Scheide durch; wegen rechtsseitiger Stauung und Infektion wurde die Nephrektomie ausgeführt.

Siehe ferner Ureterverletzungen.

---

g) Chirurgische Krankheiten der Niere.

1. Anatomie, normale und pathologische Physiologie.

1. *Asher und Pearce, Sekretorische Innervation der Niere. Zentralbl. f. Physiol. Nr. 11.
2. *Bonney, Ch. W., Zur Anatomie der Niere. Amer. Journ. of Urol. Bd. 8. p. 607.
3. *Eckert, A., Experimentelle Untersuchungen über geformte Harnsäureausscheidung in den Nieren. Arch f. exp. Path. u. Pharm. Bd. 74. Heft 3/4.
4. *Fetzer, Über Nierenfunktion in der Schwangerschaft und bei Schwangerschaftstoxikosen. Verhandl. der deutsch. Ges. f. Gyn. XV. Kongr. Leipzig. p. 137.
5. *Fitz, R., und L. G. Rowntree, Effect of temporary occlusion of renal circulation on renal function. Arch. of intern. Med. Chicago. Bd. 12. Nr. 1.
6. *Gérard, G., Sur l'existence, la constance et la fixité d'une artère capsulo-adipeuse principale dans l'atmosphère graisseuse du rein human. Comptes rendus hebdom. dela Soc. de Biol. 1912. p. 476.
7. *Graser, Klinische Beobachtungen über Nerveneinflüsse auf die Nierensekretion. 42. Kongr. d. deutsch. Ges f. Chir. Zentralbl. f. Chir. Bd. 40. Kongressbeil. p. 87.
8. Hauch, Die Arterien der gesunden und kranken Niere im Röntgenbilde. Fortschr. auf d. Geb. d. Röntgenstrahlen. Bd. 20. Heft 2 (s. Jahresber. Bd. 26. p. 372).
9. *Jaschke, R. Th., Untersuchungen über die Funktion der Nieren in der Schwangerschaft. Zeitschr. f. gyn. Urol. Bd. 4. p. 192.
10. *Isobe, K., Experimentelles über die Einwirkung einer lädierten Niere auf die Niere der anderen Seite. Mitteil. aus d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 26. Heft 1.

10a. *Israel, W., und E. Jeger, Neoanastomose zwischen Vena renalis und cava, zugleich ein Beitrag zur Technik der End- und Seitenimplantation von Blutgefässen. Berl. Ges. f. Chir. Sitzg. vom 25. Nov. 1912. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 197. und Arch. f. klin. Chir. Bd. 100 Heft 3. (s. Jahresber. Bd. 26. p. 373.)

11. *Jungmann, Die Abhängigkeit der Nierenfunktion vom Nervensystem. Naturwiss.-med. Verein Strassburg. Sitzg. vom 30. Mai. Med. Klinik. Bd. 9. p. 1349.
12. *Katz und Lichtenstein, Experimentelle Untersuchungen über den Einfluss von Nierenimplantation auf die Nierenfunktion. 85. Vers. deutscher Naturforscher u. Ärzte. Abt. f. inn. Med., Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 2365.

13. *Lépine und Boulud, Sur la sécrétion des deux reins comparée. Acad. des Sciens. Paris. Sitzg. vom 10. III Gaz. des Hôp. Bd. 86. p. 519.
14. *Lobenhoffer, Funktionsprüfungen an transplantierten Nieren. Mitteil. aus d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 26. Heft 2.
15. Mantelli, C., Espirienze sul trapianto dei reni. Gaz. degli osped. e delle clin. Bd. 34. Nr. 54 und Pathologica. Nr. 102. Ref. Journ. d.Urol. Bd. 4. p. 268. (Tierversuche mittelst Einpflanzung von Nieren neugeborener Hunde in die Achselhöhle erwachsener mit dem Ergebnis, dass die übergepflanzten Nieren nekrotisch und resorbiert wurden.)
16. *Mayer, A., Über Gefahren des Momburgschen Schlauches. Gyn. Rundschau. Bd. 7. p. 391.
17. *Meyer, E., und Jungmann, Beeinflussung der Nierentätigkeit vom Nervensystem aus. 30. Deutsch. Kongr. f. inn. Med. Wiener med. Wochenschr. Bd. 63. p. 1807.
18. *Pilcher, Unterbindung der Nierenarterien. Journ. of biol. Chem. Bd. 14. Nr. 4.
19. *Renner, O., Über die Innervation der Niere. Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 101. Heft 1/2.
20. Rupert, C. C., Irregular kidney vessels forund in fifty cadavers. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 17. Nr. 5. (In 70% waren bilaterale oder unilaterale Anomalien der Nierenarterien oder Venen nachzuweisen.)
21. Schwarz, O., Beeinflussung der Nierenfunktion durch periphere Behinderung des Harnabflusses. IV. Kongr. d. deutsch. Ges. f. Urol. Berlin. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 2278. (Durch Phenolsulfophthaleinprobe nachgewiesen; das normale Verhältnis stellte sich nach Herstellung freien Abflusses wieder her.)
22. *Speranska-Bachmeteff, E. M., Experimentelles über die Momburgsche Methode. Shurn. akus. i shensk. bol. 1912. Ref. Gyn. Rundschau. Bd. 7. p. 909.
23. *Villard, E., und E. Perrin, Transplantation des reins. Lyon chir. Bd. 10 p. 109.

Bonney (2) fand unter 59 anatomisch untersuchten Fällen die Anordnung des Nierenstiels 40mal in der gewöhnlich beschriebenen Weise; einmal lag die Arterie vor der Vene, fünfmal kreuzte die ursprünglich hinten gelegene Arterie die Vene von oben her, so dass sie nach vorne zu liegen kann. In 29% der Fälle fanden sich mehrfache Nierenarterien von verschiedenem Ursprung aus der Aorta, einmal entsprang eine Arterie aus der A. iliaca communis. In einem Falle fanden sich zwei Ureteren mit zwei Nierenbecken und zwei Nierenarterien, in einem zweiten entsprang ein Ureter direkt aus der Niere und vereinigte sich mit der anderen, aus dem Nierenbecken kommenden; auch hier waren zwei Nierenarterien vorhanden. Die Nephroptose wird auf Schlaffheit oder ungenügende Entwickelung der Blätter der Capsula perirenalis zurückgeführt.

Gérard (6) weist als konstantes Gefäss in der Fettkapsel der Niere eine Arteria capsulo-adiposa ant. superior nach, welche, in der Furche zwischen Niere und Nebenniere verlaufend, die Vorderfläche der Niere kreuzt und bogenförmig nach dem äusseren Nierenrand verläuft, wo sie mit variablen akzessorischen Gefässen der Fettkapsel, die von der A. renalis, uretericae, spermatica etc. kommen, in Beziehung tritt; sie gibt Äste nach der Nebenniere ab. Zuweilen findet sich eine ihr parallel verlaufende Arterie an der hinteren Nierenfläche.

Asher und Pearce (1) kommen nach Tierversuchen zu dem Schlusse, dass der Vagus sekretorische Fasern für die Niere führt und keine Hemmung der Sekretion bewirkt.

Renner (19) hebt hervor, dass von Nerveneinflüssen auf die Niere bisher nur der Einfluss der Vasomotoren untersucht ist, dagegen ist die Frage, welchen weiteren Einflüssen der drüsige Teil der Niere unterworfen ist, und ob auch hier ein Antagonismus zwischen Vagus und Sympathikus besteht, noch völlig unaufgeklärt.

Graser (7) führt Schwankungen in der Zusammensetzung (spez. Gewicht) einzelner Harnportionen, die er besonders bei einseitigen Nierenerkrankungen (Wandernieren, Steinen, Tumoren, Tuberkulose) beobachtete, auf fördernde und hemmende Nerveneinflüsse zurück, die noch nicht genügend erklärt sind.

In der Diskussion teilt Lobenhoffer Untersuchungen von freier autoplastischer Transplantation der Niere auf den Milzstiel und Exstirpation der anderen Niere mit, welche beweisen, dass die Nieren allein für sich ohne Nervenzufluss von aussen her, ihrer physiologischen Aufgabe vorstehen können, also ein sehr selbständiges Organ sind, ferner, dass die Nervenreize in der Niere selbst entstehen und vom Plexus renalis abhängen. Zondek sieht die Beziehungen zwischen Niere und Herz in dem grossen Gefäßreichtum der Niere

begründet, jedoch kann auch bei bestehendem Herzfehler nach Nephrektomie das Leben noch viele Jahre erhalten bleiben. Ein Fall von Nephrektomie mit schwerer Erkrankung der anderen Niere beweist, wie wenig Nierenparenchym für die Funktion nötig sein kann.

Jungmann und Meyer (11, 17) fanden nach Einstich in eine bestimmte Stelle der Rautengrube beträchtliche Zunahme der Harnsekretion mit Steigerung der prozentualen Kochsalzausscheidung. Reizung des Splanchnikus ergab Verminderung der Harnmenge bis zur beiderseitigen Anurie, Durchschneidung desselben Vermehrung mit Steigerung der Kochsalzausscheidung, ebenso nahm bei Vagusreizung die Harnmenge ab. Vagusdurchschneidung und Splanchnikusreizung, sowie Splanchnikusdurchschneidung nach Vagusreizung ergaben Aufhebung der eingetretenen Anurie. Die Vermehrung der Harnmenge wird für Folge eines Vasomotoreneinflusses, die erhöhte Chlorausscheidung für Folge einer spezifischen Reizwirkung auf die Nierenepithelien gehalten.

Lépine und Boulud (13) wiesen an Hunden nach, dass die beiderseitige Ausscheidung von Wasser und Chloriden sehr verschieden sein kann, die Harnstoffausscheidung aber viel gleichmässiger. Zum Teil beruht dies auf einer verschiedenen sekretorischen Aktivität beider Nieren, aber andererseits auch auf Verschiedenheiten in der Resorption der verschiedenen Elemente. Weil die eigentlichen Stoffe (Harnstoff) nicht resorbiert werden, ist die Harnstoffausscheidung beiderseits am gleichmässigsten.

Jaschke (9) untersuchte bei 24 normalen und 5 pathologischen Schwangeren die Nierenfunktion mittelst der Schlayerschen Methode und fand ganz konstant eine Beschleunigung der Jodausscheidung, also eine Funktionssteigerung im tubularen Anteil der Niere, dagegen für die Milchzuckerausscheidung mit Ausnahme von drei Fällen eine Verzögerung um ein Drittel bis das Doppelte, so dass die Nierengefässe den in der Funktion zuerst und stärker beeinträchtigten Teil darstellen. Im Wochenbett treten die normalen Verhältnisse sehr rasch wieder auf.

Fetzer (4) fand, dass während der Schwangerschaft die Kochsalz-, Stickstoff- und Wasserausscheidung bei gesunder Niere ebenso von statten geht, wie ausserhalb dieser Zeit, desgleichen im Wochenbett. In manchen Fällen war die Kochsalzausscheidung für längere Zeit erhöht.

Eckert (3) fand nach intravenöser Harnsäureinjektion schon nach fünf Minuten geformte Urate in den gewundenen und Schleifenkanälchen, dagegen kam es nach subkutaner Injektion nicht zur Konkrementbildung. Er hält die Harnsäureausscheidung für eine Partialfunktion bestimmter Nierenepithelien.

Isobe (10) fand bei Tierversuchen, dass Zerfallsprodukte einer operativ geschädigten Niere auf dem Blutwege toxisch auf die andere Niere einwirken und parenchymatöse Nephritis erzeugen. Daraus wird gefolgert, dass eine einseitig erkrankte Niere möglichst bald operiert werden soll.

A. Mayer (16) beobachtete bei Kaninchen nach Anlegung des Momburgschen Schlauches Ausschluss der Niere aus dem Nierengebiet mit Anurie infolge von Zirkulationsstörungen und degenerativen Prozessen. Bei Frauen ist namentlich bei Nephroptose die Niere gegen die Wirbelsäule gequetscht worden. In einem Falle entstand ein perirenales Hämatom im Hilusgebiete. Auch eine Umschnürung des Harnleiters ist möglich, die dann zu Nierenschädigung führen kann. Es muss daher bei manifester Nierenerkrankung die Indikation zur Momburgschen Umschnürung besonders streng gestellt werden.

Dem entgegen hat Speranska-Bachmeteff (22) keinen schädigenden Einfluss auf die Tätigkeit der Nieren beobachtet.

Fitz und Rowntree (5) fanden, dass, wenn bei einseitig nephrektomierten Hunden die Blutzufuhr in der einzigen Niere abgeklemmt wurde, nach 40 Minuten der Tod eintritt. Dauert die Abklemmung kürzere Zeit, so wurden Funktionsstörungen (Albumen, Zylinder, verringerte Phenolsulphophtalein-Ausscheidung etc.), sowie Ödem, Blutungen, Nekrose und Infiltration nachgewiesen, aber die normalen Funktionen stellten sich innerhalb sechs Tagen wieder her.

Pilcher (18) stellte bei teilweiser oder vollständiger Unterbindung der Nierenfunktion fest, dass die Sekretion nach Menge und Qualität normal bleibt, wenn wenigstens ein Viertel der Nierensubstanz in Funktion bleibt.

Katz und Lichtenberg (12) beobachteten nach Nierenimplantation Albuminurie, nach wiederholter Implantation stärkere Schädigung der Nieren.

Lobenhoffer (14) fand, wenn er bei Hunden die Gefässe der linken Niere in die Milzgefässe transplantiert und dann die rechte Niere exstirpiert hatte, dass die isolierte Niere die Ausscheidung vollständig besorgte, selbst wenn ihre Leistungsfähigkeit durch Ein-

verleibung von körperfremden Stoffen und Salzlösungen besonders in Anspruch genommen wurde. Er schliesst daraus auf die selbständige Funktion der Ganglienzellen des Nierenbeckens und das Fehlen einer sekretorischen Bedeutung der in den Hilus eintretenden Nervenstämmchen. Histologisch war die Niere in keiner Weise verändert.

Villard und Perrin (23) kommen nach Tierversuchen zu dem Schlusse, dass Dauerresultate nur bei den autoplastischen Transplantationen erzielt worden sind; eine homoplastische Transplantation ist unter voller Erhaltung der Nierenfunktion wohl möglich, aber ein Dauererfolg ist bisher nicht erzielt worden, was aber bei sorgfältiger Technik vielleicht erreicht wird. Bei heteroplastischer Transplantation wurde bis jetzt nur einmal (Ullmann) ein Erfolg erzielt.

2. Diagnostik.

1. Adams, G. S., und E. V. Eymann, Phenolsulphonephthalein test for estimating renal function. Journ. Lancet. Minneapolis. Bd. 33. Nr. 19.
2. *Albrecht, Zur Nierenfunktionsprüfung mit Phenolsulphophthalein. Gyn. Ges. München. Sitzg vom 14. Nov. 1912. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. p. 270.
3. Alexander, B., Die Untersuchung der Nieren und der Harnwege mit X-Strahlen. Leipzig 1912. O. Nemnich. (Ausführliche Besprechung der Röntgendiagnostik der Nieren und der Harnwege mit besonderer Berücksichtigung der Nieren- und Ureter-steine und zahlreichen Abbildungen.)
4. Amblard, L. A., Pathogénie de l'opsiurie. Revue de méd. Juni. (Stellt fest, dass eine verspätete Wiederausscheidung nach Wasserzufuhr auf gute oder schlechte Funktion der Nieren nicht schliessen lässt.)
5. *Austin, C. K., Ambard's „uremic constant" or the estimation by mathematics of the functional value of the kidneys. Med. Record. New York Bd. 83. p. 1064.
6. *— Recent French progress in medical renal disorders. Med. Record. New York. Bd. 83. p. 15.
7. Bazy, L., Propulseur méchanique de sondes urétérales; sondes urétérales de couleur differante pour chacun des deux uretères dans le cathéterisme urétéral double. Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris. Bd. 38. p. 1508. (Besonders die Asepsis der Katheter erleichternd und die Verwechslung beider Katheter vermeidend.)
8. *Behrenroth und Frank, Über funktionelle Nierendiagnostik. Greifswalder med. Verein. Sitzg. vom 22. Febr. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 1335 und Zeitschr. f. exp. Path. u. Ther. Bd. 13. Heft 1.
9. Blum, V., Nierenphysiologie und funktionelle Nierendiagnostik im Dienste des Nierenchirurgen und internen Klinik. Leipzig u. Wien. F. Deuticke. (Übersichtliche Darstellung der heutigen funktionellen Diagnostik, Kritik der Methoden und Versuch einer topischen Nierendiagnostik bei den verschiedenen Formen der Nephritis.)
10. *Bonanome, A. L., La constante uremica di Ambard o il coefficiente ureo-secretorio per la valutazione della funzionalita renale. Policlinico. Sez. prat. Bd. 22. Nr. 30.
11. *Bonn, H. K., Phenolsulphonephthalein as determinate of kidney function. Indiana State Med. Assoc. Journ. Bd. 6. Nr. 4.
12. Boulud, Moderne Mittel zur Erkennung der Niereninsuffizienz. Revue clin. d'Urol. Heft 1. Ref. Zeitschr. f. Urol. Bd. 7. p. 424. (Erörterung über Albuminurie, Insuffizienz für Kochsalz- und Stickstoffausscheidung und Kryoskopie, sowie über die Ambardsche Konstante und Betonung der Notwendigkeit mehrerer Untersuchungsmethoden.)
13. Bowlby, A., Abdominal pain and its relation to diagnosis. Brighton and Sussex Med.-Chir. Soc. Sitzg. vom 6. Nov. Brit. Med. Journ. Bd. 2. p. 1539. (Differentialdiagnostik der Nieren- und Ureterkoliken und anderer Abdominalschmerzen.)
14. Braasch, W. F., Recent progress in ureterpyelography. Michigan State Med. Soc. Journ. Bd. 12. p. 189.
15. *Braitzew, W., Einige experimentelle Untersuchungen zur Frage der funktionellen Nierendiagnostik. XII. russ. Chirurgenkongr. Moskau 1912. Zentralbl. f. Chir. Bd. 40. p. 1263.
16. *Bromberg, R., La signification de l'index hémorénal pour le diagnostic et le pronostic des affections des reins. Journ. d'Urol. Bd. 4. p. 739 und Inaug.-Diss. Amsterdam. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 85. Heft 2 und Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 1358.

17. *Bruce, W. J., Collargol injections in the diagnosis of diseases of the urinary tract. Brit. Med. Assoc. 81. Jahresversamml., Elektrotherap. Sektion. Brit. Med. Journ. Bd. 2. p. 918.
18. *Burchard, Die röntgenologische Nierendiagnostik. Fortschr. auf d. Gebiete d. Röntgenstrahlen. Bd. 20. Heft 3.
19. Cabot, H., The diagnosis of lesions of the upper urinary tract. Clin. Congr. of Surg. of North-America. 4. Jahresversamml. Med. Record New York. Bd. 84. p. 960. (Übersicht über die vorzüglichen diagnostischen Leistungen der modernen Untersuchungsmethoden.)
20. *Carrion, und Ch. Guillaumin, Détermination de l'insuffisance fonctionelle du rein par la méthode d'Ambard. Soc. de méd. de Paris. Sitzg. vom 28. Dez. 1912. Gaz. des Hôp. Bd. 86. p. 43.
21. *Cathelin, Evaluation précise de la quantité de parenchyme restant normal des reins malades. XVII. franz. Kongr. f. Urol. Journ. d'Urol. Bd. 4. p. 815.
22. *— F., L'auscultation du rein. The urol. and cut. Review. p. 371.
23. *Childs, S. B., und W. M. Spitzer, Roentgenographic study of the normal kidney, its pelvis and ureter. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 61. p. 925.
24. *Christian, H. A., The study of renal function. Congr. of Amer. Phys. and Surg. 9. Triennial-Versamml. Washington. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 60. p. 1568.
25. — General summary of the significance of methods of testing renal function. Boston Med. and Surg. Journ. Bd. 169. p. 468. (Hervorhebung der Bedeutung der Funktionsproben für Diagnose und Prognose und besondere Bewertung der Phenolsulphophthaleinprobe.)
26. Cohn, M., Die Röntgenuntersuchung der Harnorgane. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 1668. (Kritisches Sammelreferat.)
27. Conzen, F., Nierenfunktionsprüfung. Deutsches Archiv f. klin. Med. Bd. 108. Heft 3/4. (Bestätigung der Schlayerschen Beobachtung bei Schrumpfnieren.)
28. Corbineau, B., Cathétérisme urétéral à vessie ouverte. Thèse de Paris. 1912. (Beschreibung der Technik von Marion, s. Jahresber. Bd. 26. p. 378.)
29. Craig, R. G., Urinary diagnosis with special reference to ureteral catheterization. Australas. Med. Gaz. Bd. 34. Nr. 3.
30. Denslow, F. M., Kidney function tests. Missouri State Med. Assoc. Journ. Bd. 9. Nr. 8.
31. *Eichmann, E., Nierenfunktionsprüfung durch die Phenolsulfonphthaleinprobe. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 198.
32. Eisendrath, Dunkles Fieber renalen Ursprungs. Deutsche med. Ges. Chicago. Sitzg. vom 16. Mai 1912. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 59. p. 2843. (Weist auf Lithiasis und Nierentumoren als Ursachen von dunklen Fieberzuständen hin.)
33. *Erne, F., Funktionelle Nierenprüfung mittelst Phenolsulfophthalein nach Rowntree und Geraghty, Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 510.
34. Everall, B. C., Diagnosis of surgical urinary diseases. Journ. of Jowa State Med. Soc. Clinton. Bd. 2. Nr. 6.
35. *Ferron, J., Du cathétérisme urétéral par cystoscopie à vision directe. Journ. d'Urol. Bd. 7. p. 64.
36. Foster, N. B., Functional tests of kidney in uremia. Arch. of intern. Med. Chicago. Bd. 12. Nr. 4.
37. From, N. K., und J. F. Southwell, Present status of renal functional tests with special reference to phenolsulphonephthalein. Albany Med. Annals. Bd. 34. Nr. 8. (Stellt die Phenolsulfophthaleinprobe an erste Stelle unter den Funktionsprüfungsmethoden.)
38. *Fromme, F., und C. Rubner, Die Nierenfunktionsprüfung mittelst des Phenolsulfonphthaleins. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 588.
39. *Furniss, H. D., Use of indigocarmin intravenously as test of renal function. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 16. Nr. 5.
40. *Gayet und Boulud, La constante uréo-sécrétoire d'Ambard; quelques applications cliniques en chirurgie urinaire. Lyon méd. 1912. p. 97.
41. *Geraghty, J. T., A study of the accuracy of the phenolsulphonephthalein test for renal function. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 60. p. 191.
42. — und L. G. Rowntree, The value and limitation of diastase, urea and phthalein in estimating renal function in association with ureteral catheterization. Annals of Surg. Bd. 58. p. 800 und Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 61. p. 939.

43. *Géraud, H., Etude critique des différentes méthodes de recherche de la valeur fonctionelle des reins. Bull. et Mém. de méd. et de climat. de Nice. 1912. Nr. 6. Ref. Journ. d'Urol. Bd. 7. p. 80.
44. Giffin, C., Tests of kidney function. Colorado Medicine. Denver. Bd. 10. Nr. 2.
45. *Goodman, Ch., Phenolsulphonephthalein in estimating the functional activity of the kidneys. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 61. p. 184.
46. *Gorasch, Pyelographie. Russ. urol. Ges. St. Petersburg. Sitzg. vom 9. Nov. 1912. Zeitschr. f. Urol. Bd. 7. p. 574.
47. Gorodichze, S., und A. Hogge, Cathétérisme uretéral et diagnostic des affections rénales. Lüttich, Ch. Desoer. (Übersetzung aus dem Russischen; im zweiten Teile wird von Hogge die chirurgische Diagnostik der Nierenkrankheiten mit Einschluss der funktionellen Methoden in eingehender Weise behandelt.)
48. Greene, R. H., Diseases of the genito-urinary organs and the kidney. Philadelphia, W. B. Saunders Comp. 1912.
49. *Grigorjew, S., Die Röntgenuntersuchung der Nieren. XII. russ. Chirurgenkongr. Moskau 1912. Zentralbl. f. Chir. Bd. 40. p. 1264.
50. Harris, S. H., Ureteral catheterization in obstetrics. Australas. Med. Gaz. Sydney. Bd. 34. Nr. 3.
51. Heitzmann, L., Differential diagnosis of diseases of genito-urinary tract. Arch. of Diagnosis. New York. Bd. 6. Nr. 1.
52. Henius, M., Der heutige Stand der funktionellen Nierendiagnostik. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 119. (Sammelreferat; Besprechung der Vor- und Nachteile der einzelnen Methoden und ihrer Anwendungsweise.)
53. Herringham, W. P., Kidney diseases. London 1912. H. Frowde and Hodder and Houghton. (Behandelt vorwiegend die Nephritis, ausserdem auch Pyelitis, Pyelonephritis, Hydronephrose, Hämatonephrose, Pyonephrose, Tuberkulose und Geschwülste. Die Pyelitis und Pyelonephritis der Schwangerschaft ist von Williamson bearbeitet.)
54. *van Hoogenhuyze, Funktionelle Nierendiagnostik. Holländ. Ges. f. Chir. Sitzg. vom 6. Okt. 1912. Zentralbl. f. Chir. Bd. 41. p. 377. u. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. I. p. 1594. Ref. Zentralbl. f. inn. Med. Bd. 34. p. 925.
55. Jaugeas, R., Précis de Radiodiagnostic. Paris, O. Masson et Comp.
56. Immelmann, M., Das Röntgenverfahren bei Erkrankungen der Harnorgane. Berlin, H. Meusser. (Bespricht die Untersuchungsmethoden bei Füllung mit Kollargol, Wismuth, Sauerstoff und Luft und nach Einführung von schattengebenden Sonden, ferner die spezielle Untersuchung der Niere in bezug auf Lage, Form und Grösse, den Nachweis von Konkrementen, sowie die Untersuchung der Blase und der Ureteren.)
57. *Kelly, H. A., und R. M. Lewis, Silver jodic emulsion — new medium for skiography of urinary tract. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 16. Nr. 6.
58. *Kidd, F., Pyelo-Radiography. R. Soc. of Med. Surg. Section. Sitzg. vom 14. Okt. Lancet. Bd. 2. p. 1188 u. 1390 und Hunterian Soc. Sitzg. vom 22. Jan. Lancet. Bd. 1. p. 319.
59. *Kolischer, G., Diagnose während urologischer Operationen. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 61. p. 174.
60. *Krotoszyner, M., und G. W. Hartmann, Practical value of blood-cryoscopy for the determination of renal function. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 60. p. 188.
61. Krüger, Übersichtsaufnahmen vom uropoetischen System. Ges. f. Natur- und Heilkunde Dresden. Sitzg. vom 19. April. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 900. (Empfehlung der Pyelographie nach Kollargolfüllung.)
62. Laws, G. M., Diagnostic methods applicable to renal and ureteral lesions. Med. Soc. of the State of Pennsylv. 63. Jahresversamml. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 63. p. 1484. (Hebt die besonderen Vorzüge der Pyelographie hervor und unter den Funktionsprüfungen Indigokarmin und Phenolsulfophthalein.)
63. *Legueu, F., Valeur clinique et interprétation de la constante uréo-sécrétoire. Journ. d'Urol. Bd. 3. p. 289.
64. *— und Ambard, Etude des fonctions rénales. 17. franz. Kongr. f. Urol. Journ. d'Urol. Bd. 4. p. 811.
65. *— und Papin, Technique et accidents de la pyélographie. Arch. urol. de la clinique de Necker. Heft 1. p. 12.

66. Lembke, Röntgenaufnahmen aus dem Gebiete der Urologie. Verhandl. d. deutsch. Ges. f. Gyn. XV. Kongr. Leipzig. p. 379. (Demonstration von Aufnahmen von Nierenbecken, Nephroptosen, Nierentuberkulose, Steinniere mit Doppelbecken und Hypernephrom.)
67. Lilienthal, H., Some points in the diagnosis and management of the surgical diseases of the kidney and ureter. Amer. Journ. of Surg. Bd. 27. p. 129.
68. Loumeau, Graphique pour le calcul de la constante uréique d'Ambard. Soc. de Méd. et de Chir. de Bordeaux. Sitzg. vom 27. XII. 1912. Journ. de Méd. de Bordeaux. Bd. 84. p. 26. (Graphische Darstellung der Formel.)
69. *Luger, A., Zur Kenntnis der radiologischen Befunde am Dickdarm bei Tumoren der Nierengegend. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 26. Nr. 7.
70. Maingot, G., Le radiodiagnostic en urologie. Journ. d'Urol. Bd. 1. Nr. 3. (Hervorhebung der Verfeinerung der Diagnose durch die Fortschritte der Röntgentechnik.)
71. Mouriquand, G., Vorteile der Phenolsulfophthaleinprobe für die Nierenfunktion. Lyon méd. Bd. 121. Nr. 31.
72. Nogier, T., La radioscopie rénale; ses avantages. Lyon méd. Bd. 44. Nr. 50.
73. *Paranhos, U., und V. Giolito, A reacção do urochromogeno de Moritz Weisz. Brazil-Med. Bd. 27. Nr. 11.
74. *Pasteau, O., Nouvelle sonde urétérale graduée pour la radiographie. Journ. d'Urol. Bd. 4. p. 975.
75. *Pepper, O. H. P., und J. H. Austin, Some interesting results with the phenolsulphonephthalein test. Amer. Journ. of Med. Sciences. Bd. 145. p. 254.
76. *Pérard, Quelques observations cliniques sur la méthode d'Ambard. Arch. proc. de chir. Nr. 3.
77. *Perez del Hierro, L., Applications à la clinique des pyélographies et des cystoradiographies. Span. med.-chir. Acad. Sitzg. vom 10. Febr. Revue de Chir. Bd. 48. p. 161 und Madrid. Ref. Journ. d'Urol. Bd. 4. p. 892. (Eingehende Erörterung der Pyelographie und ihrer Vorteile.)
79. Petrivalsky, Ureterensondierung nach der Methode Pelik. Casop. lék. česk. Nr. 14.
80. Pierret, Arnould und Benoit, Ambards Konstante bei Nierenkrankheiten. L'Echo méd. 19. Jan. (Fanden, dass Ambards Konstante und die Methylenblauprobe einander parallele Resultate geben.)
81. *Pottenger, F. M., Spasm of the lumbar muscles, a diagnostic sign in inflammation of kidney. Journ. of Amer. med. Assoc. Bd. 60. p. 980.
82. *Posner, Zylinder und Zylindroide. IV. Kongr. d. deutsch. Ges. f. Urol. Berlin. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 2279 und Berl. klin. Wochenschr. Bd. 58. p. 2040.
83. Pulido, M., Deux applications de la chromocystoscopie. Acad. Roy. de Méd. de Madrid. Sitzg. vom 21. Juni. Revue de Chir. Bd. 48. p. 671. (Ein Fall von Niereneiterung links mit Nierenschmerzen, dagegen einem Stein rechterseits mit guter Funktion; im zweiten Falle liess die Chromokystoskopie bei rechtsseitigem schmerzhaftem Tumor die Niere als Sitz der Erkrankung ausschliessen und die Gallenblase als erkrankt annehmen.)
84. *Radlinski, Zur funktionellen Nierendiagnostik. Sep.-Abdruck 1912. Ref. Zentralbl. f. Chir. Bd. 40. p. 891.
85. *Renner, Verwertbarkeit der Leitfähigkeitsbestimmung des Urins in der Diagnostik der Nierenkrankheiten. Südostdeutsche Chirurgenvereinigung. Sitzg. vom 22. Nov. Zentralbl. f. Chir. Bd. 41. p. 193.
86. *Roth, M., Phenolsulfophthaleinprobe. IV. Kongr. d. deutsch. Ges. f. Urol. Berlin. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 2278 und Med. Klinik. Bd. 9. p. 1033.
87. *— Über einige wichtige Fehlerquellen bei der Phenolsulfophthaleinprobe zur Prüfung der Nierenfunktion. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 1609.
88. *Rovsing, Th., Nierenchirurgie. Deutsche med. Ges. Chicago. Sitzg. vom 29. Juni 1912. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 332.
89. *Rowntree, L. G., The procgnostic value of studies of renal function. Congr. of Amer. Phys. and Surg. Washington. Med. Record. New York. Bd. 83. p. 913 und Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 61. p. 939.
90. Rumpel, Pyelographie. Berl. urol. Ges. Sitzg. vom 28. Jan. Med. Klinik. Bd. 9. p. 435.

91. Rumpel, Röntgenbilder aus der Nierenpathologie. Ges. d. Charité-Ärzte Berlins. Sitzg. vom 3. Juli. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 2321. (Demonstrationen zur Diagnose der Uretersteine mit schattengebenden Sonden, ferner zur Nierendystopie, der Doppelniere und der Nierenbeckendilatation mittelst Pyelographie.)
92. *Sanes, K. J., The diagnostic and therapeutic value of the renal catheter. Amer. Journ. of Obst. Bd. 68. p. 1079 u. 1171.
93. *Sanford, H. L., Clinical study of elimination of phenolsulphonephthalein by kidneys, with report of 150 cases. Cleveland Med. Journ. Bd. 11. p. 763.
94. Savelieff, Funktionsprüfungen der Niere. Med. Obozr. Bd. 79. Nr. 7.
95. *Schramm, Zur Technik der graphischen Darstellung der ableitenden Harnwege mittelst der Kollargol-Röntgenaufnahme. Fortschr. auf d. Gebiete d. Röntgenstrahlen. Bd. 20. Heft 1.
96. *Schwarzwald, Mit Kollargol imprägnierte Niere. Ges. d. Ärzte Wiens. Sitzg. vom 21. Febr. Wiener med. Wochenschr. Bd. 63. p. 642.
97. Servell, Partielle Gangrän einer Niere nach Pyelographie. Skandinav. Kongr. f. Chir. 1911. Arch. gén. de Chir. 1912. p. 806. (Infolge Druck des injizierten Kollargols.)
98. Shoemaker, Kasuistisches aus der Nierenchirurgie. Holländ. Ges. f. Chir. Sitzg. vom 5. Mai 1912. Zentralbl. f. Chir. Bd. 40. p. 1300. (Ein Fall von Steinschatten bei zweimaliger Röntgendurchleuchtung, ohne dass bei der Nephrotomie ein Stein gefunden wurde, also wahrscheinlich Nephritis dolorosa; ein Fall von Resektion einer Zyste, die sich nachher als tuberkulöse erwies, so dass sekundär nephrektomiert wurde.)
99. de Smeth, J., Pyelographie. Journ. de Bruxelles. Nr. 41. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 2570. (Zwei Röntgenbilder.)
100. *Smith, E. O., Diagnosis of renal surgical conditions. Amer. Journ. of Surg. Bd. 27. p. 143.
101. — R. M., Methods of estimating kidney function. Amer. Journ. of dis. of children. Bd. 5. Nr. 1.
102. *Sondan, F. E., und Th. W. Harvey, Die Phenolsulfonphthaleinprobe der Nierenfunktion in der Schwangerschaft. Bull. of the Lying-in-Hosp. of the City of New York. 1912. Nov.
103. Stewart, W. H., Recent advancement in Roentgen Ray diagnosis of diseases of genito-urinary tract. Arch. of Diagnosis. New York. Bd. 6. Nr. 1.
104. *Strassmann, G., Über die Einwirkung von Kollargoleinspritzungen auf Niere und Nierenbecken. Zeitschr. f. urol. Chir. 1. p. 126.
105. *Strauss, H., Fluoreszein als Indikator für die Nierenfunktion. Berl. klin. Wochenschrift. Bd. 50. p. 2226.
106. Swords, M. M., und H. F. Ader, Few diagnostic points in genito-urinary diseases. New Orleans Med. and Surg. Journ. Bd. 65. Nr. 6.
107. *Tennant, C. E., The cause of pain in pyelography with report of accident and experimental findings. Annals of Surg. Bd. 57. p. 888.
108. *Thomas, B. A., The results of two hundred chromoureteroscopies employing indigocarmin as a functional kidney test. Journ. Amer. Med. Assoc. Bd. 60. p. 185.
109. *Thompson, R., Unilateral renal lesions. Med. Soc. of London. Sitzg. vom 24. Febr. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 445.
110. *Treupel, Über Funktionsprüfung der Nieren. 60. Versamml. mittelrhein. Ärzte. 18. Mai. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 1350.
111. Troell, Die Einspritzung von Kollargol in das Nierenbecken zum Zwecke der Pyelographie. Hygiea. Febr. (Nachweis des Eindringens von Kollargol in die Harnkanälchen mit Rundzelleninfiltration, stellenweiser Nekrose und Desquamation.)
112. *Voelcker, Ergebnisse der Pyelographie. Naturhist.-med. Verein Heidelberg. Sitzg. vom 6. Mai. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 1041.
113. *— Demonstration von Pyelographien. 42. deutsch. Chirurgenkongr. Zentralbl. f. Chir. Bd. 40. Kongressbeil. p. 85.
114. Vogel, J., Ein neues Ureterenkystoskop mit Vorrichtung zum leichten Auswechseln der Katheter, zugleich ein Beitrag zur Asepsis des Harnleiterkatheterismus. Zeitschr. f. Urol. Bd. 7. p. 624. (Ermöglicht die Einführung beider Harnleiterkatheter, und zwar von stärkerem Kaliber, obwohl das Instrument nur für einen Katheter eingerichtet ist, der nach Einführung aus dem Kystoskop herausgeworfen werden kann.)

115. Wedel, C. v., Unilateral surgical kidney with pressure on common duct causing jaundice. Oklahama State Med. Assoc. Journ. Bd. 5. Nr. 8.
116. Wheeler, C. L., Urological aspect of the microscope as a localizer of disease. Mississippi Valley Med. Assoc. 38. Jahresversamml. New York Med. Journ. Bd. 97 p. 577. (Kommt auf die Diagnose der Lokalisation der Harnkrankheiten aus der Gestalt der im Sediment sich findenden Epithelien zurück.)
117. Wightman, O. S., Experience with the use of phenolsulphonephthalein in clinical medicine. New York Acad. of Med. Section on Med. Sitzg. vom 21. Jan. Med. Record. New York. Bd. 83. p. 552. (Behandelt die Verwertbarkeit der Probe für die Lokalisation der Nephritis.)
118. Worthington, R. A., Rôle of cystoscopy in the diagnosis of urinary disease. Devon and Exeter Med.-Chir. Soc. Sitzg. vom 14. Febr. Lancet. Bd. 1. p. 613.
119. *Wossidlo, E., Pyelographie. IV. Kongr. d. deutsch. Ges. f. Urol. Berlin. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 2279.
120. *Young, E. L. Clinical functional tests, methods. Boston Med. and Surg. Journ. Bd. 169. p. 466.

Klinische Methoden.

Pottenger (81) macht für die Diagnose einer entzündlichen einseitigen Nierenerkrankung auf die Starre der Lumbalmuskeln aufmerksam, die im aufrechten Sitzen bei Entspannung aller Muskeln beiderseits durch Palpation zu erkennen ist.

Smith (100) betont, dass Schmerzen bei der Diagnose chirurgischer Nierenkrankheiten nichts weniger als eindeutig sind, und dass sie auch bei Geschwülsten in einer sonst für Steine charakteristischen Weise auftreten können. Bei Steinen können die Schmerzen auf der nicht erkrankten Seite auftreten, wie ein mitgeteilter Fall erweist. Zur Entfernung von Steinen wird die Pyelotomie bevorzugt. Für die Diagnose von Nierentumoren wird die Pyelographie empfohlen.

Posner (82) sieht zwischen den echten hyalinen Zylindern und den von Thomas beschriebenen Zylindroiden nur quantitative Unterschiede. Sie sind besonders bei Dunkelfeldbeleuchtung zu erkennen und wurden bei der prätuberkulösen Form der Albuminurien in grosser Anzahl gefunden.

Thompson (108) teilt statistische Ergebnisse bei Sektionen über einseitige Nierenläsionen mit. Die Einzelniere wurde unter 587 Sektionen einmal gefunden, die Verdoppelung des Ureters dagegen öfter als gewöhnlich angenommen wird. Er folgert ferner, dass aszendierende Entzündung in etwa 20% aller Fälle eine Niere, und zwar häufiger die linke betrifft. Hydronephrose ist meistens einseitig, und zwar ebenfalls häufiger links. Infarkte und Miliartuberkel wurden auf hämatogene Infektion zurückgeführt, lokale Tuberkulose, Steine und Infarkte sind häufiger rechts. Als Ursachen der einseitigen Läsion wird Anordnung der Gefässe, die Beziehungen der Nieren zum Kolon und Abflusshindernisse für den Harn angeführt. In der Diskussion hebt Th. Walker die Einseitigkeit der Nierentuberkulose hervor.

Kystoskopie und Ureterkatheterismus.

Ferron (35) empfiehlt in Fällen von intolerabler Blase mit herabgesetzter Kapazität, besonders bei der Frau, die direkte Kystoskopie nach Luys, deren Handhabung sehr einfach ist, die den direkten beiderseitigen Harnleiterkatheterismus ermöglicht und allen antiseptischen Anforderungen in höherem Grade entspricht, als die Kystoskope mit optischem System.

Worthington (118) betont die diagnostische Wichtigkeit der Kystoskopie besonders bei Nierentuberkulose und fürchtet als hauptsächlichste Gefahr nicht die aufsteigende Infektion, sondern eine reflektorische Kongestionierung bei insuffizienter Niere. In der Diskussion empfiehlt Dyball die Tuberkulintherapie nach der Nephrektomie; J. R. Thomas will einen spontan geheilten Fall von Nierentuberkulose bei einem jungen Mädchen beobachtet haben. Roper tritt für die Funktionsprüfung mit Indigkarmin und Phenolphthalein ein.

Cathelin (22) hebt die Wichtigkeit der Betrachtung des Ostiums der Ureteren für die Diagnose der Nierenkrankheiten hervor, die aus den Veränderungen der Mündung selbst und ihrer Umgebung zu erschliessen sind, ferner die Art der Entleerung, die Beschaffenheit des entleerten Sekrets und dessen chemische und bakteriologische Untersuchung, die zugleich auf die Nierenfunktion Schlüsse erlauben.

Kolischer (59) hebt hervor, dass trotz der Fortschritte der Diagnostik die sichere Diagnose oft erst durch die operative Freilegung der Niere ermöglicht wird und dass die Indikation der Art des Eingriffs meist erst durch die direkte Inspektion festzustellen ist.

Pasteau (74) erwähnt als Vorzüge des Gebrauchs einer graduierten Sonde zum Harnleiterkatheterismus die Möglichkeit der Feststellung der Grösse von Ureter- und Nierenbeckensteinen, die genaue Erkennung ihres Sitzes, sowie der Länge und der Krümmung der Ureteren, endlich bei gleichzeitiger Kollargolfüllung die genaue Messung der Grösse des Nierenbeckens und Ureters und ihrer Dilatation.

Röntgendiagnostik und Pyelographie.

Sanes (92) gibt eine ausführliche Darstellung des diagnostischen Wertes des Ureterkatheterismus für den Nachweis von Lage, Grösse und Gestalt des Nierenbeckens, zur Erkennung von Verlegung des Ureters und von Steinen, besonders mit Hilfe opaker Ureterkatheter und mit Hilfe der Pyelographie, ferner zur Gewinnung des beiderseitigen Nierenharns zum Zweck der Funktionsprüfung, ferner den Wert der Uretersondierung bei Becken- und Bauchoperationen und des therapeutischen Wertes des Katheterismus für Entleerung und Drainage des Nierenbeckens (Dauerkatheter) und für Nierenbeckenspülungen. Ausgezeichnete Röntgenogramme sind beigegeben.

Childs und Spitzer (23) erklären die Pyelographie nicht nur für gerechtfertigt, sondern für notwendig, jedoch soll sie nur von einem speziellen Fachmann vorgenommen werden. Normalerweise ist der untere Rand des Nierenbeckens konkav und der Ureterkatheter folgt dem oberen Rand und gleitet in den oberen Calix ein. Eine Kapazität des Nierenbeckens von über 15 ccm ist auf abnorme Zustände verdächtig. Ein Auf- und Absteigen von mehr als 1—3,5 über die physiologische (respiratorische Beweglichkeit) fällt in die Grenzen des Normalen. Abbiegungen und Knickungen des Ureters kommen bei gesunden Personen vor; sie hängen von der grösseren oder geringeren Befestigung des Ureters ab und erlauben an sich keinen Schluss auf pathologische Verhältnisse. Die Herstellung von stereoskopischen Bildern wird für notwendig erklärt. Die Länge des Ureters kann aus der Platte ermittelt werden. Schmerz, Schock und nachfolgende Temperatursteigerung nach Nierenbeckenfüllung sind nicht auf die Art oder Konzentration der eingeführten Flüssigkeit, sondern nur auf rasche Füllung zurückzuführen; sie sind bei diagnostischer Füllung unvermeidbar, sollen aber nicht in höherem Grade hervorgebracht werden.

In der Diskussion erklären Fowler und Braasch es vor allem für unnötig und verwerflich, das Nierenbecken bis zum Eintritt von Schmerz zu füllen.

Burchard (18) hebt die Fortschritte der röntgenologischen Nierendiagnostik hervor, betont aber, dass sie die übrigen klinischen Untersuchungsmethoden nicht zu ersetzen vermag, sondern mit ihnen Hand in Hand gehen muss, wenn sie auch bei der Steindiagnose den Ausschlag gibt.

Grigorjew (49) erklärt die Durchleuchtung der Nierengegend für besser und leichter als die Röntgenographie und für wichtiger für das Verhalten der Niere zu ihrer Umgebung (Adhäsionen, Abszesse etc.) und zum Nachweis von Fremdkörperschatten. Besonderes Gewicht wird auf die respiratorischen Bewegungen von Niere und Harnleiter gelegt.

Luger (69) fand die Medianverschiebung des Dickdarms bei Tumoren der Nierengegend nicht so regelmässig wie Stierlin, jedoch fand er in einem Falle als Symptom die Unfüllbarkeit des der Geschwulst aufliegenden Dickdarmteiles.

Legueu und Papin (65) beschreiben die Technik der Pyelographie, zu der sie opake Katheter anwenden und die Kollargolfüllung durch atmosphärischen Druck mittelst einer Mohrschen Bürette der Injektion mittelst Spritze vorziehen. Die Pyelographie leistet besonders vorzügliche Dienste bei Hydronephrosen bezüglich der Grösse des Nierenbeckens, der Form des Sackes und der Feststellung des Ureterursprungs, ferner bei Nephroptose, bei welcher die Lage des Nierenbeckens und die Biegungen und Knickungen des Ureters sichtbar werden, ganz besonders aber bei Beckennieren, Hufeisennieren und Ureterverdoppelung. Uratsteine des Nierenbeckens werden bei Kollargolfüllung als helle Stellen auf dunklem Grunde sichtbar, endlich können bei Nierentuberkulose Erosionen der Papillen und Kavernen erkannt werden.

Bei der Kollargolfüllung wird häufig ein dumpfer Schmerz empfunden, welcher die Ausdehnung des Nierenbeckens anzeigt; viel seltener folgt der Pyelographie ein Kolikanfall. In drei Fällen wurde ein Vordringen des Kollargols in das Nierenparenchym beobachtet; diese Komplikation bleibt meist ohne Folgen und ist durch Füllung unter atmosphärischem Druck zu verhüten. In zwei Fällen fand sich nach der Pyelographie bei der Freilegung der Niere eine leichte, in einem Falle eine beträchtliche Infiltration der Fettkapsel.

Perez del Hierro (77) hebt die Vorzüge der Pyelographie besonders zum Nachweis der Dilatation des Nierenbeckens, namentlich bei kleinen Hydronephrosen, ferner zur Diagnose der Nierendystopie, der Ureterverdoppelung und der Nierenmissbildungen hervor, ferner den Wert der Röntgendurchleuchtung bei der kavernösen Form der Nierentuberkulose. Verwendet wird 10—12%iges Kollargol. In der Diskussion glaubt Peña, dass in manchen Fällen der Ureterkatheterismus mit opakem Katheter die Pyelographie entbehrlich macht und dass die letztere für viele Fälle nicht ausreicht und in diesem Sinne spricht sich auch Pulido aus.

Voelcker (112) betont, dass es bei der Palpation der Hydronephrose nicht auf die Grösse, sondern auf die Spannung des Sackes ankommt, so dass oft grosse Hydronephrosen, die nicht gespannt sind, nicht palpiert werden können. Die nach Hebung des Hindernisses entstehende Harnflut stammt meist nicht aus der Hydronephrose, die selbst wenig sezerniert, sondern aus der anderen Niere, deren Funktion bei geschlossener andersseitiger Hydronephrose reflektorisch herabgesetzt ist. Injektion von Kollargol gibt Aufschluss über die Nierenfunktion, indem es wegen der schlechten Sekretion stunden- und tagelang im Sack zurückbleibt. Zerreissung des Nierenbeckens bei Kollargolinjektion kann durch Verwendung einer Spritze mit grossem Durchmesser, Verätzung durch Anwendung von absolut reinem Kollargol vermieden werden.

Voelcker (113) weist ferner nach, dass durch Pyelographie Grösse und Lage des normalen Nierenbeckens, sowie Wanderniere und die verschiedenen Erweitungsformen und -Grade des Nierenbeckens, sowie Hufeisennieren nachgewiesen werden können. In zwei Fällen wurde bei Schlussunfähigkeit des vesikalen Ureterendes durch Pressen bei verschlossener Harnröhre das Kollargol in die stark erweiterten Ureteren (in einem Falle bestand Ureterverdoppelung) und Nierenbecken zurückgedrückt; es handelte sich um Cystitis, die wahrscheinlich seit der Kindheit bestand. Ausserdem wurden Uretersteine bei gleichzeitig eingeführter Uretersonde mit Sicherheit im juxtazervikalen Ureterabschnitt nachgewiesen.

In einem Falle wurden zwei Schatten, die nicht genau der Niere entsprachen, nachgewiesen; dennoch wurde wegen vorhandener Steinsymptome operiert und ein zehnpfennigstückgrosser Stein entfernt, während die beiden Schatten wahrscheinlich extrarenalen Verkalkungsstellen entsprachen.

Wossidlo (119) fand bei Kollargolinjektion in das Nierenbecken von gesunden Tieren, dass das Mittel nach Überschreitung der Kapazität des Nierenbeckens in das interstitielle Gewebe eindrang, bei Tieren mit Urannephritis und mit anämischen Infarkten (nach Unterbindung der Nierenarterie) dagegen nicht; das Eindringen im ersteren Falle wird auf den erhöhten intrarenalen Druck zurückgeführt. Bei künstlicher Hydronephrose breitete sich das Kollargol intrakanalikulär aus. Bei Kollargolfüllung des Nierenbeckens darf deshalb dessen Kapazität nicht überschritten werden und bei Blutung infolge Ureterkatheterismus ist die Füllung kontraindiziert.

In der Diskussion betont Joseph den Wert der Pyelographie, empfiehlt aber Verwendung von dünnen Ureterkathetern, neben denen Rückfluss möglich ist. Necker warnt vor Spülung nichtdilatierter Nierenbecken. Blum und Roth bemängeln den Wert der Pyelographie, die nicht ungefährlich ist. Strauss und Paschkis erklären die Pyelographie für nötig. Schneider benützt zur Füllung eine Bürette. v. Fedoroff beobachtete einen Todesfall nach Pyelographie und Goldenberg einen solchen nach Sauerstofffüllung.

Gorasch (46) empfiehlt unter Mitteilung eines Falles von Abknickung des Ureters und Pyelektasie zur Pyelographie die Anwendung 5%igen Kollargols und fürchtet bei Injektion grösserer Mengen mit Cholzow (Diskussion) Intoxikationen, während Kusnetzky solche bisher nicht beobachtet hat.

Kidd (58) empfiehlt zur Pyelographie die Anwendung einer 5—7%igen Kollargollösung, die unter schwachem Druck (30 mm Hg) eingefüllt wird. Ein Fall von Einzelniere, die für einen Bauchtumor gehalten worden war, und ein Fall von Ureterenverdoppelung mit verschmolzenen Nieren und einem Tumor am unteren Nierenpol wurde durch Pyelographie klargestellt.

In der Diskussion empfiehlt Scott die Aufnahme beider Nieren, und zwar sowohl während In- als während Exspiration und den Gebrauch von in regelmässigen Abständen imprägnierten Kathetern. Walker macht auf die Möglichkeit der Ruptur des Nierenbeckens aufmerksam; Thompson empfiehlt die Pyelographie zur Diagnose verlagerter Nieren und zur Unterscheidung von Schatten in der Umgebung. Johnson empfiehlt ebenfalls die Methode bei Nierendystopie, zweifelhafter Hydro- und Pyonephrose, bei kongenitalen Anomalien und zur Differentialdiagnose bei Nierentumoren.

Bruce (17) empfiehlt die Kollargolfüllung des Nierenbeckens nur nach Reinspülung der Blase durch den Ureterkatheter nach Entfernung des Kystoskops und nur durch den Flüssigkeitsdruck allein vorzunehmen. Bei der geringsten Sensibilität in der Nierengegend ist die Injektion abzubrechen. Hierauf ist der Katheter mit Watte zu verstopfen und die Durchleuchtung vorzunehmen. Die Methode ist besonders zum Nachweis beginnender Hydronephrose von Wichtigkeit. In der Diskussion hebt Scott die Notwendigkeit der sofortigen Durchleuchtung hervor wegen des Nebenabfliessens der Füllflüssigkeit.

Schramm (95) betont die Unzulänglichkeiten der Kollargoltechnik besonders infolge der oft reflektorisch gesteigerten Harnsekretion. Er empfiehlt die Füllung der Harnwege in Beckenhochlagerung und die sorgfältige Regulierung des Druckes, sobald sich Unbehagen bei dem Kranken einstellt.

Schwarzwald (96) beschreibt eine ausgedehnte, mit Kollargol imprägnierte Niere nach Pyelographie, obwohl die Füllung ohne hohen Druck erfolgt war. Es fanden sich bucklige Vorwölbungen und keilförmige Herde und das Pigment fand sich in Leukozyten und in den Harnkanälchen, aber nur in schon früher erkrankten Nierenteilen.

Strassmann (104) fand nach Einspritzung von Kollargol in den Ureter bei Kaninchen ein Vordringen des Kollargols vom Nierenbecken bis zur Nierenkapsel, zum Teil durch die Gewebs- und Lymphspalten in die Niere, jedoch blieben die Harnkanälchen frei. Das Nierenbecken wurde geschwärzt und eine Schädigung der Nierenfunktion trat nicht ein. Es wird daraus auf die Unschädlichkeit des Kollargols geschlossen.

Tennant (107) beschreibt einen Fall von keilförmiger Kollargolinfiltration des Nierengewebes mit Abhebung der Kapsel durch Kollargollösung nach Füllung des Nierenbeckens mittelst Kollargols. Die infiltrierte Partie wurde nach Freilegung der Niere und Durchtrennung vielfacher entzündlicher Adhäsionen reseziert.

Kelly und Lewis (57) ziehen dem Kollargol für die Pyelographie eine Silberjodidemulsion von 5% vor, welche sehr dunkle Schatten gibt, antiseptisch und nicht irritierend wirkt.

Funktionelle Diagnostik.

Braitzew (15) untersuchte mittelst Tierversuchen die Nierenfunktion in bezug auf die Tätigkeit der einzelnen sekretorischen Teile der Niere und fand, dass das Indigkarmin sicher von den Tubuli contorti ausgeschieden und die Zuckerausscheidung nach Phloridzin wahrscheinlich durch das Epithel der Henleschen Schleifen besorgt wird. Die Ausscheidung der festen Stoffe erfolgt nicht fortgesetzt, sondern periodisch, besonders die des Indigkarmins. Die Indigkarmin- und die Phenolsulphophthaleinprobe sind empfindlicher als die Phloridzin-Probe, und bei der Indigkarminprobe ist die Intensität der Harnfärbung ausschlaggebend. Bei einseitiger Erkrankung ist die Stärke der Blaufärbung in der gleichen Zeit für den beiderseitigen Harn von Wichtigkeit. Bei der Phloridzinprobe ist der Prozentgehalt an Zucker von Wichtigkeit, weniger verlässig ist die Methode von Kapsammer. Die Phloridzin- und Indigkarminprobe ergänzen sich gegenseitig und sollen daher stets beide angewendet werden, ausserdem muss jedenfalls der Harnstoffgehalt des beiderseitigen Nierenharns festgestellt werden. Bei allen Schnittoperationen erwächst ein erheblicher Verlust an Nierengewebe, weshalb bei Nierensteinen die Pyelotomie der Nephrotomie vorzuziehen ist.

Christian (24) bespricht die einzelnen Funktionsprüfungsmethoden der Niere und will ein entscheidendes Urteil nur auf das Ergebnis der Gesamtuntersuchung und nicht auf den Ausfall einer einzelnen Prüfungsmethode stützen. Im Anschluss daran hebt Rowntree die Vorteile der Phenolsulphophthaleinprobe hervor.

Rovsing (88) warnt vor Überschätzung der funktionellen Farbstoffprüfungsmethoden der Niere und der Kryoskopie, da er in vielen Fällen von ungünstigem Ausgang dieser Proben mit Erfolg operiert hat. Für zuverlässiger hält er die Untersuchung der Harnstoffausscheidung. Endlich warnt er vor der Pyelographie nach Kollargolinjektion, nach welcher er in einer Reihe von Fällen Nierengangrä beobachtet hat.

Radlinski (84) vermochte durch Tierversuche nachzuweisen, dass die Phloridzinzuckerausscheidung in den Rindenkanälchen, die Indigkarminausscheidung dagegen in der Marksubstanz durch die geraden und schleifenförmigen Kanälchen stattfindet.

Krotoszyner und Hartmann (60) erklären die Blutkryoskopie für ein wichtiges Mittel für die Beurteilung der Gesamtfunktion der Nieren, besonders wenn die Teilfunktion der Nieren wegen Unmöglichkeit des Ureterkatheterismus nicht untersucht werden kann. Ein Index von — 0,60° ist das Zeichen einer schweren Funktionsstörung und eine Warnung vor Ausführung eines radikalen Eingriffes.

In der Diskussion befürwortet besonders L. E. Schmidt die Blutkryoskopie, neben welcher er die Phenolsulphophthaleinprobe anwendet. E. Beer operierte noch mit Erfolg

bei weniger als — 0,60° und macht auf die Notwendigkeit der Berücksichtigung aller Methoden, sowie besonders auf die genauere Untersuchung der Fälle, in denen die Prüfungsmethoden negativ geblieben sind, aufmerksam.

Renner (85) erklärt die Loewenhardtsche Bestimmung der Leitfähigkeit des Harns für jedenfalls nicht weniger, wahrscheinlich aber mehr leistungsfähig als die Gefrierpunktsbestimmung, sie ist jedoch mit der Indigkarminprobe und vielleicht auch mit der Harnstoffbestimmung zu kombinieren. In der Diskussion erklärt Wrobel die Phenolsulphophthaleinprobe für chirurgische Zwecke als ungeeignet, weil die Ureterkatheter zwei Stunden lang liegen bleiben müssen.

Pérard (76) bezeichnet die Ambardsche Harnstoffkonstante besonders für diejenigen Fälle von hohem Wert, in welchen Kystoskopie und Harnleiterkatheterismus nicht möglich sind. Zur Harnstoffbestimmung im Blute sind 20 ccm, aus einer Vene entnommen, notwendig. Die Harnstoffkonstante ergibt sich aus der Konzentration des Harnstoffs im Blute, aus der Konzentration im Harn und aus der Harnstoffausscheidung in der Zeiteinheit von 24 Stunden. Bei konstanter Konzentration des Harnstoffs an Harn variiert die Ausscheidung in 24 Stunden proportional der Konzentration des Harnstoffs im Blut, und wenn die Harnstoffkonzentration im Blute konstant bleibt, so ist die Harnstoffausscheidung in 24 Stunden umgekehrt proportional der Quadratwurzel aus der Konzentration des Harnstoffs im Harn. Aus dem Verhalten der Werte zueinander kann eine urämische Konstante berechnet werden, nach deren Höhe die normale oder krankhafte Funktion der Niere berechnet werden kann und die für die Prognose bedeutungsvoll ist.

Austin (5, 6) hebt die Wichtigkeit der Bestimmung des Harnstoffgehalts des Blutes und der urämischen Konstante Ambards für die Beurteilung der Niereninsuffizienz und der drohenden Urämie hervor.

Bonanome (10) fand die Ambardsche Harnstoffkonstante als eine wertvolle Prüfung der Nierenfunktion; die Methode wird ergänzt durch die sphygmorenalen Koeffizienten von Martinet und die experimentelle Polyurie nach Albarran.

Carrion und Guillaumin (20) erklären die Ambardsche Methode für imstande, die Funktion der gesunden und kranken Niere genau festzustellen.

Cathelin (21) fand, dass zu drei Vierteln zerstörte Nieren 2—3 Gramm Harnstoff im Liter sezernierten, bei Zerstörung von zwei Dritteln 5—6 g, bei Zerstörung der Hälfte 10—12 g, während gesunde Nieren 15—20 g im Liter sezernieren.

Gayet und Boulud (40) erklären die Ausscheidungsversuche für Wasser, Farbstoffe, Zucker und Harnstoff für ungenügend und bezeichnen die Feststellung der Ambardschen Konstante als die exakteste Prüfung der Nierenfunktion.

Géraud (43) hält die einzelnen Funktionsprüfungsmethoden vielleicht mit Ausnahme der Ambardschen Konstante für nicht entscheidend, sondern es müssen die Ergebnisse der verschiedenen Methoden geprüft und miteinander verglichen werden.

Legueu (63) stellt die Ambardsche Konstante unter den Prüfungsmethoden der Nierenfunktion an erste Stelle, so dass keine andere mit ihr verglichen werden kann. Allerdings darf bei der Kompliziertheit der renalen Sekretion auch von dieser Probe nichts Unmögliches erwartet werden.

Bromberg (16) versteht unter dem hämorenalen Index das Verhältnis des Kochsalzgehalts des Harns zu dem des Blutes und erklärt diese Verhältniszahl, die bei gesunden Nieren 2 : 1 (hämorenaler Index = 2) ist, als das beste Mittel der Beurteilung der Gesamtfunktion der Nieren. Die Bestimmung geschieht im Blasenharn, weil bei einseitiger Nierenerkrankung und genügender Funktion der anderen Niere der Index 2 bleibt. Der Harnleiterkatheterismus ist dabei unnötig. Die Chlorbestimmung ist um so wertvoller, weil Störungen des Chlorstoffwechsels bei Funktionsstörungen der Niere früher eintreten als Störungen des Stickstoffstoffwechsels, sie ist also wertvoller als die Bestimmung der Ambardschen Konstante. Bei einem hämorenalen Index von 1,5 muss jeder operative Eingriff unterbleiben und ein Index von unter 1 zeigt unmittelbare Lebensgefahr an. Die Bestimmung des Chlorgehalts von Harn und Blut, wozu sehr geringe Flüssigkeitsmengen notwendig sind, geschieht auf dem Wege der elektrischen Leitfähigkeit, wozu ein geeigneter Apparat angegeben wird.

Bromberg kommt ferner aus vergleichenden Untersuchungen zu dem Schluss, dass Kryoskopie, Indigokarminprobe, Harnstoffbestimmung und Diastasemethode den Anforderungen einer einfachen Methode für die Praxis nicht genügen.

Legueu und Ambard (64) besprechen die Prüfung der Nierenfunktion mittelst des Konzentrationsmaximums des Harns, d. i. nach drei Tagen trockener Kost, bestehend

aus Brot und 3 Liter entwässerter Milch. Bei gesunden Nieren steigt das Konzentrationsmaximum auf 50—55 g; bei einer Verminderung, die unter 30 g beträgt, ist eine Operation abzulehnen. In der Diskussion empfiehlt Heitz-Boyer diese Probe bei Unausführbarkeit des Ureterkatheterismus auf gewöhnlichem Wege und Ausführung nach Öffnung der Blase. Chevassu, Gayet und Pasquereau treten für die Ambardsche Konstante ein, die dagegen von Hogge und Oraison mit Reserve und nur als Kontrollmethode beurteilt wird.

v. Hoogenhuyze (54) empfiehlt zur Prüfung der Nierenfunktion die Bestimmung des Kreatinins im Harn jeder Niere mittelst kolorimetrischen Verfahrens. Da die Kreatininausscheidung vom Gewebseiweissstoffwechsel abhängig wird und von der Fleischnahrung sehr wenig beeinflusst wird, ist die Kreatininprobe der Prüfung des Gesamtstickstoffs überlegen. Der Kreatiningehalt im Harne jeder Niere ist 0,008 auf 10 ccm Harn. Zur Verhütung der Polyurie nach Einführung des Ureterkatheters — da wo nur ein Ureter katheterisiert wird — wird mehrstündige Flüssigkeitsenthaltung einige Stunden vor Vornahme der Probe empfohlen.

In der Diskussion empfiehlt v. Capellen die Bestimmung des elektrischen Leitungsvermögens des Harns, Wortmann die Bestimmung des Stickstoffgehalts des getrennten Nierenharns. Straeter und Zaaijer treten für Ureterkatheterismus und Indigkarminprobe als zuverlässigste Methode ein.

Geraghty und Rowntree (42) vergleichen die Diastaseprobe mit den anderen Funktionsprüfungen und fanden, dass diese Methode bei einseitiger Erkrankung die besser funktionierende Seite erkennen lässt, jedoch gibt sie gegenüber der Phenolphthalein- und dem Harnstoffprobe keine näheren Gesichtspunkte und ist daher entbehrlich. Sie behält ihren Wert, wenn bei Nebenherfliessen oder Behinderung des Ausflusses nur eine genügende Menge Harn gewonnen wird. Zu berücksichtigen ist die Verdünnung und die Neutralisation des Harns.

Furniss (39) sah die Ausscheidung nach intravenöser Injektion von Indigkarmin (5—10 ccm einer 0,3%igen Lösung) in 2—6 Minuten auftreten; die grösste Farbstoffmenge war nach 15—20 Minuten ausgeschieden.

Thomas (108) erklärt die Indigkarminprobe für die verlässigste aller Funktionsprüfungsmethoden der Nieren, sobald durch Erkrankung ein Drittel des sezernierenden Parenchyms ausser Funktion gesetzt ist. Besonders wird die leichte Ausführbarkeit der Probe und die Erleichterung der Auffindbarkeit der Uretermündungen hervorgehoben. In 61% der Fälle erscheint der Farbstoff innerhalb 10, in 90% innerhalb 15 Minuten. Längeres Zögern bezeichnet eine ernste, Ausbleiben eine sehr schwere Funktionsstörung. Chirurgisch erkrankte Nieren scheiden stets geringere Farbstoffmengen aus als das gesunde Schwesterorgan.

Albrecht (2) fand bei der Kontrolle der Phenolsulfophthaleinprobe in zwei Drittel der Fälle bei sicher gesunden Nieren verlangsamte Farbstoffausscheidung, so dass er diese Methode nicht für gleich zuverlässig hält wie die experimentelle Polyurie Albarrans.

Behrenroth und Frank (8) beobachteten, dass bei der Phenolsulfophthaleinprobe die Farbstoffausscheidung dem pathologischen Geschehen in der Niere parallel geht, wie an einem Falle von syphilitischer Nephritis nachgewiesen wird.

Bonn (11) legt bei der Phenolsulfophthaleinprobe das Hauptgewicht nicht auf die Zeit des Eintritts der Farbstoffausscheidung, sondern auf die prozentuale Ausscheidung (normal 56% innerhalb der ersten zwei Stunden). Obwohl er die Probe für die beste der jetzt bekannten Funktionsproben erklärte, möchte er doch auf ihr Ergebnis die Indikation oder Kontraindikation einer Operation nicht aufbauen. Vor Ausführung der Probe empfiehlt er grössere Wasseraufnahme.

Eichmann (31) prüfte die Phenolsulfonphthaleinmethode bei Schwangeren und Wöchnerinnen und fand, dass an der Hand der Farbstoffausscheidung eine Unterscheidung zwischen einfacher Cystitis und Pyelitis und einer Nephritis möglich ist. Es wird die intravenöse Injektion vorgezogen.

Erne (33) bestätigt die Zuverlässigkeit der Funktionsprüfung mittelst Phenolsulfonphthalein, welche Funktionsstörungen anzeigt, wo die Eiweissreaktion im Stiche lässt. Die Grenze der Ausscheidung bei intraglutäaler Injektion liegt bei gesunder Niere bei 45% nach einer und bei 70% nach zwei Stunden. Zur Farbstoffbestimmung wird der Autenrieth-Königsbergersche Kalorimeter empfohlen.

Fromme und Rubner (38) konnten die Angaben von Rowntree und Geraghty über die Prüfung der Funktion der normalen Niere nach intramuskulärer Injektion nicht bestätigen, erwarten dagegen bessere Resultate bei intravenöser Injektion, bei welcher die

Ausscheidungsmenge des Farbstoffs in den ersten drei Stunden gewöhnlich 60% übersteigt und im Durchschnitt 76% beträgt.

Geraghty (41) gibt weitere Resultate der Phenolsulfophthaleinprobe bekannt und erklärt diese Ausscheidungsprobe in Kombination mit den klinischen Untersuchungsmethoden für die zurzeit genaueste aller funktionellen Methoden. In Fällen von Nephrektomie stimmte der Grad der Gewebszerstörung mit dem Resultat der Funktionsprüfung überein.

In der Diskussion erklären sich Barnett, Hagner, Furniss, H. H. Young als Anhänger der Probe, jedoch macht Crowell bei allen Farbstoffproben auf das Abfliessen des Harns neben dem Ureterkatheter aufmerksam.

Goodman (45) hebt den Wert der Phenolsulfophthaleinprobe besonders für die Feststellung der Nierenfunktion bei einseitiger Nierenerkrankung und demnach für die Indikationsstellung zur Operation hervor.

Pepper und Austin (75) führen einige Fälle, z. B. auch polyzystisch degenerierte Nieren an, in welchen die Phenolsulfophthaleinprobe keine Funktionsstörung erkennen liess, glauben aber, dass solche vereinzelte Fälle den Wert der Probe nicht zu erschüttern imstande sind.

Roth (86) hebt als Vorzug der Phenolsulfophthaleinprobe hervor, dass sie absolute Werte angibt. Bei schlechter Ausscheidung ist die Funktion immer schlecht, dagegen ist sie bei guter nicht immer gut. Für die Untersuchung des getrennten Nierenharns ist es notwendig, dass neben dem Katheter wenig oder nichts abfliesst. In einem Falle erwies sich die Phloridzinprobe brauchbarer als die Phthaleinprobe. In der Diskussion wird die Casper-Richtersche Methode von Alexejew vorgezogen. Blum und Lohnstein erklären die Phenolsulfophthaleinprobe für eine Bereicherung der Untersuchungsmethoden, wenn auch nicht immer bei chirurgischen Nierenkrankheiten.

Roth (87) verlangt zur Beseitigung von Fehlerquellen bei der Phenolsulfophthaleinprobe sehr sorgfältige Injektion mittelst ganz zuverlässiger Spritze, namentlich dass vor und nach der Injektion nichts herausläuft, ferner Berücksichtigung des Restharns bei Abmessung des Harns, und intramuskuläre und zwar lumbale, nicht intraglutäale Injektion. Frauen mit Genitalleiden und in der Schwangerschaft eignen sich zur Prüfung der Methode nicht. Endlich wird auf die Verschiedenheit der Resultate bei von verschiedenen Fabriken gelieferten Präparaten hingewiesen.

Rowntree (89) hebt die Vorzüge der Phenolsulfophthaleinprobe hervor und verlangt, wenn diese eine Herabsetzung der Nierenfunktion anzeigt, die Ausführung der Kryoskopie des Blutes, die Harnstoffbestimmung und die Bestimmung des Reststickstoffs.

Sanford (93) sieht in dem raschen Auftreten des Farbstoffs, besonders nach intravenöser Injektion und in der in kurzer Zeit erfolgenden Ausscheidung die hauptsächlichsten Vorzüge der Phenolsulfophthaleinprobe, wozu noch die Einfachheit der Ausführung kommt. Besonders bei einseitiger Nierenerkrankung ergibt die Probe sehr verwertbare Ergebnisse für die Funktion beider Nieren.

Sondan und Harvey (102) fanden bei der Phenolsulfonphthaleinprobe die von Rowntree und Geraghty angegebenen Mittelwerte für das erste Erscheinen des Farbstoffs zutreffend; bei erkrankter Niere wurde festgestellt, dass der Grad der Erkrankung der Nieren und ihre Funktionsstörung mit dem Zeitpunkt des Erscheinens des Farbstoffs und der in den nächsten zwei Stunden ausgeschiedenen Farbstoffmenge parallel geht.

Treupel (110) bezeichnet die Phenolphthaleinprobe als wertvoll und einfach auszuführen, betont aber, dass die Schlayersche Methode viel exaktere Schlüsse auf Art und Sitz der Erkrankung (Glomeruli oder Tubuli) gestattet.

Young (120) erklärt die Phenolsulfophthaleinprobe für diejenige Funktionsprüfung, welche die tatsächliche Leistungsfähigkeit der Niere am sichersten erkennen lässt.

Paranhos und Giolito (73) erhielten bei der Weiszschen Kaliumpermanganatprobe bei 50 gesunden Personen nur negative Resultate, bei 50 Tuberkulösen in 45 Fällen positives Ergebnis, ebenso positive Resultate 24 mal unter 50 Kranken, aber Nichttuberkulösen.

Strauss (105) führt in die Methoden der Nierenfunktionsprüfung einen neuen Indikator, das Fluoreszeinnatrium (Uranin) ein. Der Körper wird zu 1,0 in Tee per os gegeben die Ausscheidung beginnt bei Gesunden nach 10—20 Minuten und ist ungefähr nach 35—40 Stunden beendigt. Zusatz von Alkali zum Harn macht die Fluoreszenz deutlicher. Bei Nierenerkrankungen erwies sich besonders die Zeit der Ausscheidung bis auf 90 und mehr Stunden verlängert. Bei chirurgischen Nierenerkrankungen muss besonders auf die Differenzen beim Beginn der Ausscheidung geachtet werden.

3. Operationen, Indikationen, Technik.

1. *Agazzi, B., Sul decorso e sugli esiti di alcune lesioni sperimentali del rene. Policlinico. Sez. chir. Bd. 19. Heft 12.
2. *Ball, C. A., Nephrectomy. R. Acad. of Med. in Ireland. Section on Surg. Sitzg. vom 21. Febr. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 558.
3. Barnett, C. E., Some genito-urinary surgery recently done in Vienna and Berlin. Surg. Gyn. and Obst. Bd. 15. Nr. 6.
4. *Bazy, L'avenir des néphrectomisés. Acad. de Méd. Sitzg. vom 25. Febr. Gaz. des Hôp. Bd. 86. p. 379 und Bull. méd. 26. Febr.
5. *Blohm, Über Nierenentkapselung bei Eklampsie. Nordwestdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 9. Nov. 1912. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. p. 691.
6. *van Capellen, Studien über Nephrostomie. Holländ. Ges. f. Chir. 1912. Archives gén. de Chir. Nr. 3. p. 337.
7. Carnot, P., Sur l'hypertrophie compensatrice du rein après néphrectomie unilatérale. Soc. de Biol. Paris. Sitzg. vom 31. Mai. Gaz. des Hôp. Bd. 86. p. 1035. (Betont die Raschheit des Zustandekommens der Funktionshypertrophie und legt bei den individuellen Verschiedenheiten auf den Koeffizienten der Zellproliferation Gewicht.)
8. *Cunningham, J. H., The influence of the operation of resection of the kidney on the function of the organ. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 60. p. 13.
9. *Fonnigini, B., Ulteriori ricerche sopra la influenza dell' allaciatura della vena emulgente sulle sacche idronefrotiche. La Clin. chir. Heft 1. p. 183.
10. Fullerton, On a series of forty-eight successive cases of nephrectomy with four deaths. Brit. Journ. of Surg. Bd. 1. Nr. 2. (22 Nierentuberkulosen mit zwei Todesfällen, 5 Steinnieren mit einem Todesfall, 3 Fälle von Pyelonephritis und Pyonephrose ohne Stein, 9 Hydronephrosen, 5 Hydronephrome, je ein Sarkom und ein malignes Adenom mit einem Todesfall und zwei Nierenfisteln.)
11. *Furniss, H. D., Beneficial effect of renal decapsulation as shown by functional tests before and after operation. New York Acad. of Med. Sect. on Obst. and Gyn. Sitzg. vom 22. Mai. Med. Record. New York. Bd. 84. p. 687.
12. Gerster, Nephrectomy; a study based on the records of 112 cases. Transact. of the Amer. Surg. Assoc. Bd. 30. (s. Jahresber. Bd. 26. p. 385.)
13. *Gibbon, R. A., The etiology and treatment of puerperal eclampsia. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 865.
14. *Gminder, Nierendekapsulation bei Eklampsie post partum. Ärztl. Verein Essen-Ruhr. Sitzg. vom 3. Dez. 1912. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 329.
15. *Herz, P., Über operative Behandlung der Nierenentzündung. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 460.
16. *Jarzew, A. J., Über Pathogenese und Behandlung der Eklampsie. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 301.
17. *Joly, J. Sw., Exposure of the pelvic portion of the ureter. Lancet. Bd. 1. p. 1692.
18. *Kappis, Leitungsanästhesie bei Nierenoperationen. Med. Ges. Kiel. Sitzg. vom 5. Dez. 1912. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 438.
19. *Kellock, T. H., Ligature of the renal artery and vein as a substitute for nephrectomy. R. Soc. of Med., Surg. Section. Sitzg. vom 11. März. Lancet. Bd. 1. p. 887.
20. Kneise, Über die moderne Behandlung der Erkrankungen der Harnorgane. Ärzteverein Halle. Sitzg. vom 29. Jan. Med. Klinik. Bd. 9. p. 477. (Betont die Wichtigkeit der Kystoskopie, die Erfolge der endovesikalen Entfernung der Papillome, die der endopelvinen Behandlung der Pyelitis, die Wichtigkeit der Untersuchung der Nieren bei nicht in vier Wochen geheilter Cystitis, endlich die ermutigenden Resultate der Tuberkulinbehandlung bei Nierentuberkulose.)
21. *Kümmell, Das spätere Schicksal der Nephrektomierten. Arch. f. klin. Chir. Bd. 101. Heft 2 u. 42. Kongr. d. deutsch. Ges. f. Chir. Zentralbl. f. Chir. Bd. 40. Kongressbeilage. p. 89.
22. *Lapeyre, N., La fonction rénale après la décapsulation du rein. Journ. de Phys. et Path. gén. Bd. 15. p. 241.
23. *Legueu, F., Les conséquences chirurgicales de la terminalité des artères du rein. Mouvement méd. Nr. 1.
24. Lehr, Sublimatvergiftung. Hufelandsche Ges. Sitzg. vom 13. März. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 795. (Freilegung der Niere nach zweitägiger Anurie ohne Dekapsulation; Wiederauftritt der Sekretion.)

25. Lichtenberg, Beiträge zur Chirurgie des Ureters und des Nierenbeckens. Naturw.-med. Verein Strassburg. Sitzg. vom 7. Febr. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 841.
26. *Lilienthal, H., Resection of the ureter. Amer. Journ. of Surg. April.
27. Marion, G., De la signification du hoquet post-opératoire chez les urinaires. Journ. d'Urol. Bd. 3. p. 581. (Führt den Singultus nach Operationen an den Harnorganen auf Harnstoffintoxikation zurück.)
28. Meyer, E., Doppelseitige Nierenvenenthrombose. Unterelsäss. Ärzteverein Strassburg. Sitzg. vom 26. April. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 1328. (Nach chronischer Nephritis und Urämie, bei der die Dekapsulation ohne Erfolg geblieben war.)
29. *Moore, J. E., und J. F. Corbett, An experimental study of several methods of suturing the kidney. Annals of Surg. Bd. 57. p. 860.
30. *Moritz, Moderne Anschauungen und Therapie der Nephritis. Ärzteverein Krefeld. Sitzg. vom 14. April. Med. Klin. Bd. 9. p. 1183.
31. *Mosler, E., Über Blutdrucksteigerung nach doppelseitiger Nierenexstirpation. Zeitschrift f. klin. Med. Bd. 74. Heft 3/4.
32. *Murard, J., Les néphrites chroniques au point de vue chirurgical. Thèse de Lyon. Nr. 32.
32a. *— La décapsulation du rein. Lyon chir. Bd. 10. p. 347.
33. *— A propos de la néphrotomie expérimentale. Lyon méd. Nr. 11. p. 592.
34. *Noorden, K. v., Über die Grundsätze der Nephritisbehandlung. Med. Klinik. Bd. 9. p. 1.
35. *Pakowski, J., La néphrostomie moyen de dérivation permanente ou temporaire des urines totales. Journ. d'Urol. Bd. 4. p. 373 ff.
36. Peak, J. H., Nephrectomy. Kentucky Med. Journ. Bd. 10. Nr. 24.
37. *Penkert, M., Zur einseitigen und doppelseitigen Nierenenthülsung. Med. Klinik. Bd. 9. p. 327.
38. *Peña, M., De la valeur de l'hématurie rénale immédiatement consécutive à une néphrectomie pour tuberculose. Journ. d'Urol. Bd. 4. p. 43.
39. *Percy, J. F., Nephritis as a surgical problem and its treatment as a preliminary to operation. Amer. Med. Assoc. 64. Jahresversamml. Section on Surgery. Med. Record. New York. Bd. 84. p. 37.
40. Pizzagalli, Capsule surrenalis ed interventi operatori sul rene. Gazz. degli osp. e d. clin. p. 23. (Beobachtete nach Nephrektomien und nach Dekapsulation regressive Veränderungen an den Nebennieren, die u. a. auf die Unterbindung des Nierenstiels und die arterielle Blutdruckerhöhung zurückgeführt werden.)
41. *Pousson, A., Die Zukunft der Nephrektomierten. Amer. Journ. of Urol. Bd. 9. p. 113.
42. *— Beitrag zur Chirurgie der Nephritiden. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 381.
43. *— Indications opératoires dans les néphrites chroniques. Journ. d'Urol. Bd. 3. p. 717 und XVII. franz. Kongr. f. Urol. Journ. d'Urol. Bd. 4. p. 815.
44. *Palawski, A., Brightsche Krankheit, zweimalige Edebohlssche Operation, Basedow-Symptome zum Schlusse des Lebens. Wiener med. Wochenschr. Bd. 63. p. 199.
45. Riesman, D., und G. P. Müller, Acute unilaterale nephritis with report of a case. Arch. of Intern. Med. Chicago. Bd. 11. Nr. 6. (Heftige, ausstrahlende Nierenschmerzen mit Fieber, Muskelrigidität, Albumen und Zylinder; Heilung durch Nephrektomie, die eine suppurative disseminierte Nephritis ergab.)
46. *Rovsing, Th., Erfahrungen über die chirurgische Behandlung aseptischer Nephritiden. X. Versammlg. d. nord. chir. Vereins. Kopenhagen. Zentralbl. f. Chir. Bd. 40. p. 1897.
47. *Rubaschow, S., Einige praktische Bemerkungen zur Technik d. Nephrotomie und Nierenresektion. Zentralbl. f. Chir. Bd. 40. p. 1708.
48. *Ruge, E., Über den derzeitigen Stand einiger Nephritisfragen und die Nephritischirurgie. Ergebn. d. Chir. u. Orthopädie. Bd. 6.
49. *Schloffer, Fall von akuter Nephritis mit Anurie. Wissenschaftl. Ges. deutsch. Ärzte in Böhmen. Sitzg. vom 9. Mai. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 1299.
50. *Schmidt, L. E., Indications in renal surgery which demand immediate operative intervention. Med. Soc. of the County of New York. Sitzg. vom 27. Okt. Med. Record. New York. Bd. 84. p. 1147.

51. Seraffini, Nefrectomia e decapsulazione del rene superstite. Gazz. degli osped. e d. clin. Nr. 53. (Nachweis durch Tierversuche, dass die Nephrektomie und die Dekapsulation die andere Niere mehr schädigt als die Nephrektomie allein.)
52. *Siter, E. H., Results of experiments on kidney, with special reference to decapsulation and establishment of collateral circulation. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 15. Nr. 6.
53. *Stein, A., Extirpation of the kidney for multiple fistulas. New York Acad. of Med. Section on Obst. and Gyn. Sitzg. vom 27. Febr. Med. Record. New York. Bd. 84. p. 179.
54. Tantzscher, Zwei Nierenexstirpationen. Ges. prakt. Ärzte zu Mitau. Sitzg. vom 4. Dez. 1911. St. Petersburger med. Zeitschr. Bd. 38. p. 25. (Eine Geschwulst und ein Eiterherd.)
55. *Tarozzi, E., A proposito della sutura del rene a seguito di nefrotomia sul bordo convesso. Policlinico. Sez. prat. Bd. 20. Nr. 40.
56. *Tisserand, G., Décapsulation rénale dans les néphrites aiguës toxiques. Lyon chir. Bd. 9. Nr. 1.
57. Vincent, W. G., A new kidney cushion; a two compartment air cushion designed particularly for use in kidney, upper abdominal and neck operation. Med. Record. New York. Bd. 84. p. 1035. (Gummiunterlage für Nierenoperationen, mit Luftfüllung in zwei Abteilungen.)
58. *Wagner, E., Die Nierendekapsulation bei Eklampsie nebst eigenen kasuistischen Beiträgen. Inaug.-Diss. Heidelberg 1912.
59. Walker, J. W. T., Recent work in genito-urinary surgery. Pract. April. (Übersichtsreferat.)
60. Warischtschew, Zur Dekapsulation der Nieren. Chirurgitsch. Archiv II. (An Stelle der entfernten Kapsel bildet sich eine neue bindegewebige Kapsel, welche sich durch Festigkeit und Dicke auszeichnet. Durch die Dekapsulation wird weder die Blutzirkulation, noch die Bildung neuer Gefässe begünstigt. Nephrotomie, Punktion, Dekapsulation sind indiziert nur bei sehr akuter Nephritis, Urämie, Anurie und besonders bei Eklampsie. In diesen Fällen kann die Operation durch Erhöhung der Diurese lebensrettend wirken.) (H. Jentter.)
61. — Zur Nierendekapsulation. Chirurgitsch. Archiv. Weljaminowa II. (Die histologische Untersuchung einer vor 18 Monaten wegen chronischer parenchymatöser Nephritis dekapsulierten Niere ergab Bildung einer neuen sklerotischen Kapsel. Verf. spricht sich gegen Nierendekapsulation bei Nephritis aus.) (H. Jentter.)
62. *Zinsser, A., Über die Schädigung der Nieren bei der Eklampsie. Berl. klin. Wochenschrift. Bd. 50. p. 388.
63. *Zondek, M., Zu der Arbeit von Prof. Dr. v. Haberer: „Beitrag zu den Gefahren der Nephrotomie. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 82. Heft 1.
64. *— Zur Behandlung der Eklampsie. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 96.
65. *— Zur Lehre von der intrarenalen Drucksteigerung und chirurgischen Behandlung der Nephritis. Arch. f. klin. Chir. Bd. 99. Heft 2.

Kappis (18) empfiehlt bei Nierenoperationen die Leitungsanästhesie mit Novokain-Adrenalin als zuverlässiges und ungefährliches Anästhesierungsverfahren.

Legueu (23) fand in einem Falle nach Pyelotomie mit beträchtlichen Nachblutungen bei nochmaliger Freilegung der Niere den oberen Teil des Organs nekrotisch infolge Zerreissung einer akzessorischen Arterie. Solche zum oberen Abschnitt verlaufende Arterien können bei der Freilegung der Niere für perinephritische Stränge gehalten und zerrissen werden. Da es sich um terminale Arterien handeln kann, kann die Zerreissung oder Durchschneidung ohne Unterbindung zu einer sofortigen oder sekundären perirenalen Blutung oder zu Nekrose oder Infarktbildung mit oder ohne sekundäre Blutung oder zu einer sekundären Eiterung führen. Es müssen daher alle zur Niere verlaufenden Stränge bei der Enukleation des Organs sorgfältig kontrolliert werden und im Falle der Unterbindung muss man auf sekundäre Störungen gefasst sein. Bei zum unteren Pol verlaufenden akzessorischen Arterien, welche Knickung des Ureters und Hydronephrose bewirken, würde die Durchschneidung ebenfalls zur Schädigung eines Bezirkes der Nierenarterie führen und es ist demnach statt der Gefässdurchschneidung die Neueinpflanzung des Ureters ins Nierenbecken zu überlegen. Bei der Nephrotomie ist die Inzision in der Zondekschen Linie auszuführen.

Fonnigini (9) fand nach Unterbindung der Nierenvene bei hydronephrotischen Säcken bei Tieren mehr oder weniger schnelle Resorption des Sackinhaltes und Verkleinerung des Sackes; da der Eingriff im übrigen unschädlich, ist er auch beim Menschen zu überlegen, besonders bei alten geschlossenen Hydronephrosen, die einer anderen Behandlung unzugänglich sind.

Nephrektomie.

Kolischer (c. 10, 36) hebt hervor, dass bei Nierenoperation ungewöhnliche Blutung aus der Inzisionswunde auf die Gegenwart von Adhäsionen in der Tiefe schliessen lässt, und dass ein Übergreifen der Entzündung auf das Peritoneum vermutet werden kann. Ödematöse Beschaffenheit der Adhäsionen deutet ferner auf den entzündlichen Charakter der Nierenerkrankung und darauf, dass der Inhalt der Niere noch infektiösen Charakter hat. Periureterales Ödem deutet auf ein Abflusshindernis, z. B. Knickung des Ureters. Die Palpation einer infizierten freigelegten Niere lässt an der Zahl der Herde erkennen, ob die Nephro- oder Nephrektomie auszuführen ist, besonders bei Streptokokkeninfektion. Die digitale Austastung des geöffneten Nierenbeckens bei Steinen entscheidet, ob ein Parenchymschnitt hinzugefügt werden muss oder nicht. Bei perirenaler Eiterung lassen abgekapselte Abszesse auf die Vereiterung eines Hämatoms schliessen, diffuse Eiterung dagegen auf eine Infektion des perirenalen Gewebes von der Niere aus.

Ball (2) erklärt als grösste Gefahr der Nephrektomie die Blutung, die besser beherrscht werden kann durch eine iliakale extraperitoneale Inzision in der Richtung der Fasern des M. obliquus externus, als durch eine Lumbalinzision, die aufgegeben werden sollte. Maunsell (Diskussion) benützt die Ballsche Inzision nur zur Freilegung des unteren Ureterabschnittes und empfiehlt eine Verlängerung des Lumbalschnittes und wenn nötig die Hinzufügung eines zweiten Schnittes rechtwinkelig zum ersten und längs der Fasern des M. obliquus externus. Lentaigne befürwortete in Fällen von Tuberkulose, wo der Ureterkatheterismus unmöglich ist, die doppelseitige lumbale Freilegung und in Fällen von Perinephritis die subkapsuläre Operation. Kennedy befürwortet ebenfalls den rektangulären Lendenschnitt, durch den sehr viel Raum gewonnen werden kann und die Auslösung der letzten Rippe. Pearson befürwortet die Ballsche Inzision, und Stokes empfiehlt die Anpassung der Schnittführung an die Verhältnisse des Einzelfalles.

Mosler (31) führt die von ihm bei Kaninchen nach doppelseitiger Nierenexstirpation beobachtete Blutdrucksteigerung auf die Anhäufung harnfähiger Substanzen zurück.

Peña (38) stellt 22 Fälle von postoperativer Blutung aus der zurückgebliebenen Niere nach Nephrektomie wegen Nierentuberkulose zusammen. Diese oft sofort auftretende, verschieden starke, meist nicht sehr lange dauernde und von selbst aufhörende Blutung wird nicht auf kongestive Hyperämie, sondern auf latente Tuberkulose der anderen Niere oder auf eine gewöhnliche Niereninfektion oder endlich auf hämorrhagische Nephritis zurückgeführt.

Stein (53) beschreibt eine Uretervaginalfistel nach Pyosalpinxexstirpation. Implantation des Ureters in der Blase führte zu einer Doppelfistel nach der Scheide und nach der Hautwunde, so dass die Niere exstirpiert werden musste.

Joly (17) zieht entgegen Kidd, besonders wenn die Ureteren freigelegt und untersucht werden sollen, eine mediane und transperitoneale Inzision vor. Auch die extraperitoneale Freilegung des Ureters kann von einer Medianinzision aus unter Zurseitedrängung der Blase ausgeführt werden. Als Vorteile dieser Methode wurde ebenfalls die geringe Verletzung der Bauchwand, ausserdem die Möglichkeit einer transperitonealen Freilegung beider Ureteren zur Entfernung von Steinen, endlich bei intramuralem Sitz eines Steins die Möglichkeit, sofort die Blase zu eröffnen, hervorgehoben.

Lilienthal (26) schreibt zur Ureterektomie nach Nierenexstirpation die Einführung eines Katheters von der Durchschneidungsstelle bis zur Blase und die stumpfe Loslösung des ganzen Ureters mit dem Finger vor. Nach Schluss der Nephrektomiewunde wird über dem Poupartschen Band am äusseren Rektusrande inzidiert, das Peritoneum abgeschoben und das untere Ureterende aufgesucht, endlich der Ureter von unten losgelöst und hervorgezogen, an der Blaseneinmündung abgebunden und mit Karbolsäure geätzt; zuletzt Naht der Wunde in drei Etagen.

Kellock (19) führte in einem Falle wegen inniger Verwachsungen einer durch Steinbildung vereiterten Niere mit eiternder Lumbalfistel nach Entfernung des Steins, weil die Niere nicht exstirpiert werden konnte, vom Abdomen aus die Unterbindung der Arteria und Vena renalis aus. Hierauf heilte die Eiterfistel und das Befinden besserte sich wesentlich.

Bazy (4) erklärt die Fernprognose der Nephrektomie wegen Tumoren für günstig und wegen einfacher Eiterungen für sehr günstig. Bei Tuberkulose hängt die Prognose von dem Zustand der Blase ab; nicht zu alte und zu ausgedehnte Veränderungen in der Blase können nach der Nephrektomie ausheilen.

Kümmel (21) berechnet für die Nephrektomie wegen Nierentuberkulose 75—80% Dauerheilungen, und zwar geben die früh Operierten schon nach zwei bis drei Jahren eine relativ grosse Sicherheit einer Dauerheilung. Nach vier Jahren kann Dauerheilung angenommen werden; Kranke, deren zweite Niere nicht intakt war, gehen meist bis zum vierten Jahre zugrunde, jedoch wurde auch bei Miterkrankung der zurückbleibenden Niere noch Arbeitsfähigkeit und relatives Wohlbefinden bis zu acht und neun Jahren beobachtet. Zur Herbeiführung einer Dauerheilung ist möglichst frühzeitige Operation erforderlich. Dasselbe gilt für die Tumoren der Niere.

In der Diskussion weist Völcker darauf hin, dass bei Tuberkulose an nephrektomierten Nieren nur sehr selten ausgeheilte Herde gefunden werden; es muss demnach operiert werden, wenn die Funktion der Niere sich nicht bessert. Tietze betont die Gefährlichkeit der Schwangerschaft bei Nephrektomierten, weil hier eine Infektion der Niere zu befürchten ist. Eden berichtet über eine Statistik von 128 Nierenoperationen und fand die höchste Mortalität (nach kurzer Zeit 100%) bei Geschwülsten, am günstigsten bei einseitiger Nephritis, Hydro- und auch Pyonephrosen; von 27 Nephrektomien wegen Tuberkulose blieben 20 am Leben, von denen 14 vollständig gesund sind und 6 an leichten Blasenbeschwerden leiden.

Pousson (41) beschreibt die anatomischen Vorgänge bei der Funktionshypertrophie der Niere nach Exstirpation der anderen und betont, dass es besonders auf die Neubildung des drüsigen Teiles des Parenchyms — Glomeruli und Tubuli — ankommt. Die Nephrektomierten können in zwei Gruppen geschieden werden, in solche, welche die physiologischen Funktionen der Niere wieder erreicht haben, und in solche, bei welchen diese Funktionen mehr oder weniger gestört sind. Eine Herzhypertrophie nach Nephrektomie hat Pousson niemals beobachtet. Die Resistenzkraft der Niere gegen Infektionen oder Intoxikationen ist in gleicher Weise gegeben wie vorher, vorausgesetzt, dass die zurückgebliebene Niere gesund ist. Die Gesundheit und die Entwickelung — auch bei Kindern — wird in keiner Weise gestört, ebensowenig eine spätere Schwangerschaft, Geburt und Laktation. Die Nephrektomierten ertragen andere Operationen und die Chloroformnarkose gut. Frauen kann die Erlaubnis zur Verheiratung gegeben werden, wenn die zurückgebliebene Niere gesund ist, im gegenteiligen Falle nicht; dabei ist die Erkrankung zu berücksichtigen, die zur Nephrektomie Veranlassung gegeben hatte. Bei Verlust einer Niere infolge von Unfall wird die Herabsetzung der Arbeitsfähigkeit auf 50% geschätzt. Zur Lebensversicherung sollen Nephrektomierte unter Erhöhung der Prämie zugelassen werden.

Nephrotomie und Nierenresektion.

van Capellen (6) fand bei Nephrotomie mittelst Thermokauters die Blutung gering, aber es entstand Nekrose eines breiten Streifens Nierengewebe bis zum ausgedehnten Infarkt; bei Durchschneidung mit dem Messer ist bei transversaler Nephrotomie die Blutung gering und es bildet sich kein Infarkt. Bei Nephrotomie nach Zondek ist die Blutung stärker und der Infarkt ausgedehnter.

Moore und Corbett (29) verwerfen die von Cullen vorgeschlagene Eröffnung der Niere mit Silberdraht, bei der die am wenigsten blutversorgte Zone nur schwer getroffen wird, die Gefahr der Durchtrennung aberrierender Gefässe und der Blutung besteht, eine Anzahl von Kanälchen und anderen Gebilden der Niere verletzt und die Verletzung schwer einzuschränken. ist. An Tierversuchen wird die Wirkung verschiedener Nahtmethoden festgestellt und nachgewiesen, dass Matratzennähte, besonders Silberdraht, extensive Zerstörung von Nierengewebe bewirken. Einfache Inzision mit querer Vernähung gibt dagegen keine schwere, Serrefines leichte Schädigung und nur geringfügige Gewebsverluste ohne weitere Komplikationen.

Murard (33) sah bei Niereninzision bei Kaninchen im Nierenparenchym diffuse kongestive Läsionen im ganzen Organ entstehen. Inzision beider Nieren von Pol zu Pol und ins Nierenbecken wirkt tödlich. Bei weniger ausgedehnter Nephrotomie blieben die Tiere am Leben. Die Nephrotomie ist demnach nicht als harmlos zu betrachten, weil sie Kongestion des ganzen Organs und eine Zone sklerotischen Gewebes hervorruft.

Pakowski (35) erkennt unter allen Ableitungsmethoden des gesamten Harns der Nephrostomie den Vorrang zu; nur die Ureterostomie kann mit ihr in Parallele gesetzt

werden, aber die Drainage der Niere ist bei ihr weniger vollständig, eine Retention durch aszendierende Ureteritis oder Knickung des Ureters leichter möglich und die Wiederherstellung der Harnentleerung auf normalem Wege in die geheilte oder neugebildete Blase ist unmöglich. Die Einpflanzung der Ureteren in Scheide oder Darm bringt die Gefahr der Pyelonephritis mit sich. Die Nachteile der Nephrostomie bestehen in der Möglichkeit einer Nephritis oder von Blutungen, in der Bildung einer Fistel und der Notwendigkeit des Tragens eines Rezipienten, jedoch können die letzteren Übelstände sehr erträglich gemacht werden (ein geeignetes Urinal wird beschrieben); die Vorteile dagegen bestehen in der Möglichkeit, die Nierenläsion, die die Nephrostomie nötig machte, direkt anzugreifen, ferner die Ausscheidung auf dem normalen Wege wieder herzustellen, eine wirksame Drainage zu bewirken und eine Pyonephrose oder selbst die Wiederbildung von Steinen zu verhüten. Nur die Pyelostomie scheint theoretisch der Nephrostomie überlegen, da sie das Nierenbecken ebenso gut drainiert, ohne das Nierenparenchym zu schädigen.

Als Indikationen werden angeführt: Maligne Blasengeschwulst, schwere Blasentuberkulose, schmerzhafte und hartnäckige Cystitis, Blasenektopie (hier als Voroperation der Bildung einer neuen Blase), Uteruskarzinom mit Kompression der Ureteren, der operativen Vereinigung trotzende Blasenscheidenfisteln (ebenfalls als Voroperation), endlich gewisse Fälle von renaler Lithiasis.

Rubaschow (47) versuchte bei Tieren zur Vermeidung der Nachblutungen nach Nephrotomie die Einlegung von Scheiben aus Muskel- oder aus Fettgewebe in die Niere, welche hämostatisch und als Tampons wirken, sowie die Deckung der Nierenwunde mittelst transplantierter Faszie und die Vernähung durch die Faszie. Ebenso wurden bei partieller Nierenresektion durch Ein- und Aufnähen von Muskel oder Fett und durch Faszientransplantation gute Erfolge erzielt.

Zondek (63) betont unter Hinweis auf den Fall von Haberer (s. Jahresber. Bd. 26, p. 385), in dem es nach Nephrotomie ohne Thrombose der Gefässe zu einer Infarzierung fast der ganzen Niere gekommen war, dass bei derartigen Fällen statt der Nephrotomie die weniger gefährliche Nephrektomie auszuführen ist.

Tarozzi (55) empfiehlt nach Nephrotomie statt durchgreifender Fäden solche, die locker geknüpft und gespannt die Niere umfassen und Blutstillung bewirken, ohne das Parenchym zu schädigen.

Cunningham (8) stellte durch Tierversuche fest, dass nach Resektion von Teilen der Niere und Verschluss der Wunde ein zeitweiliger Stillstand der Nierenfunktion eintritt, dagegen tritt bei nur teilweisem Verschluss und bei Drainage nicht in gleichem Mass ein Stillstand ein, besonders bei Einführung eines Gummidrains nach der Lendengegend.

Dekapsulation.

Aggazi (1) fand bei Tierversuchen nach Enthülsung der Niere und Fixation in dislozierter Lage tiefgreifende Veränderungen von Rinden- und Marksubstanz, die auf Änderung der Blut- und Lymphzirkulation zurückgeführt werden; zugleich wurden an den Nebennieren Verdickung der Bindegewebskapsel und Hyperplasie der Rinde nachgewiesen.

Murard (33 u. 33a) gibt ein Durchdringen von kleinsten Venen durch die Nierenkapsel zu, konnte aber durchtretende feinste Arterien nicht nachweisen, so dass solchen Anastomosen, wenn sie überhaupt vorhanden sind, eine Bedeutung keinesfalls zukommt. Ferner stellte er fest, dass die Dehnbarkeit der Nierenkapsel bei plötzlicher Drucksteigerung äusserst gering ist und praktisch nicht in Betracht kommt. Durch anatomische Untersuchungen wurde ferner festgestellt, dass durch die Enthülsung die Kapsel in ihrer ganzen Dicke abgeschält und das Nierengewebe selbst nicht geschädigt wird. In der Folge wird eine neue derbere Kapsel gebildet, die im übrigen der normalen Kapsel analog ist, ohne dass sklerotische Veränderungen im Parenchym entstehen. Die neugebildete Kapsel ist allerdings stärker vaskularisiert, aber ein Vordringen der Gefässe ins Parenchym ist mikroskopisch nicht zu bemerken; wenn auch die Möglichkeit von Anastomosen zugegeben wird, so ist sie doch wegen Feinheit und Spärlichkeit der Gefässe praktisch ohne Bedeutung. Die Zunahme der Sekretion nach der Enthülsung wird auf Entspannung und reichlicheren Blutgehalt, vielleicht unter Mitwirkung des Sympathikus, zurückgeführt. Die Einhüllung mit Netz bewirkt zwar die Bildung einzelner anastomosierender Gefässe, aber in ungenügender Weise. Bei schmerzhafter und hämorrhagischer Nephritis empfiehlt er, wenn die Niere sehr hyperämisch und gespannt ist, die Dekapsulation, wenn nicht, die Nephrektomie. Bei chronischer Nephritis kann die Dekapsulation höchstens leichte vorübergehende Besserung, niemals aber Heilung bewirken. Bei Anurie kann die Dekapsulation die Harnsekretion

wieder hervorrufen; die Nephrotomie soll nur für die schwersten Fälle reserviert und nur einseitig gemacht werden.

Lapeyre (22) stellte auf experimentellem Wege fest, dass die Funktion der Niere nach Dekapsulation nicht gestört und auch erhöhten Ausscheidungsansprüchen gewachsen ist.

Penkert (37) berichtet über zwei erfolgreiche Fälle von Nierenenthülsung, einmal bei Perinephritis und Verdickung der Kapsel von einem Glutäalabszess aus und einen von schwerer Schwangerschaftsnephritis mit Fortdauer der hochgradigen Albuminurie bis 26 Tage nach der Entbindung. Im letzteren Falle sank der Eiweissgehalt schnell ab, nahm aber später wieder zu, entweder infolge einer Pyocyaneusinfektion oder infolge von Reizung durch den längere Zeit liegenden Vioformdocht. Später Heilung.

Siter (52) fand bei Tierversuchen, dass nach der Dekapsulation die Niere an Grösse zunimmt; Einhüllung in Netz führt rasch zur Bildung einer neuen Kapsel und nach zehn Tagen hatten sich genügend neue Kollateralbahnen gebildet, um die Niere nach Unterbindung der Hilusgefässe zu versorgen. Die Einhüllung in Netz verhindert das Entstehen von Adhäsionen zwischen Niere und Nachbarorganen.

Tisserand (56) beobachtete in zwei Fällen von akuter Nephritis durch Quecksilbervergiftung nach Dekapsulation Wiederkehr der Harnausscheidung, ohne dass aber der Exitus verhütet werden konnte.

Blohm (5) beobachtete bei Eklampsie mit Anurie sechs Stunden nach der doppelseitigen Entkapselung Wiederkehr der Harnsekretion und Genesung. In der Diskussion spricht sich Prochownik bei schweren, sich verschlimmernden Nierenerscheinungen, und Thorn bei postpartalen Fällen mit Anurie für die Dekapsulation aus, deren Beibehaltung auch von Stöckel verteidigt wird.

Furniss (11) führte bei schwerer Eklampsie und durch Phenolsulfophthalein nachgewiesener schlechter Nierenfunktion nach der Geburt die doppelseitige Dekapsulation aus. Die Nieren schienen nicht verändert und die Kapsel war nicht verdickt oder adhärent. Genesung.

Gibbon (13) hält die Dekapsulation bei Eklampsie nicht für besonders wertvoll.

Gminder (14) erlebte bei fünf Dekapsulationen bei Eklampsie eben so viele Todesfälle.

Jarzew (16) erklärt die Dekapsulation bei Eklampsie für überflüssig.

Wagner (58) teilt vier Fälle von Dekapsulation bei Eklampsie mit, jedoch bestand in keinem Falle eine nennenswerte intrarenale Drucksteigerung. In drei Fällen setzte die ausgebliebene Sekretion wieder ein, in einem blieb die Anurie bestehen und der Fall endete tödlich.

Zinsser (62) hält die Dekapsulation bei schwerer Eklampsie mit Schädigung der Niere für einflusslos.

Zondek (64) ist geneigt, den Erfolg der Dekapsulation bei Eklampsie auf den „Blut- und Lymphaderlass" der Niere, der bei der Operation stattfindet, zurückzuführen und kommt zugleich auf die Skarifikation der Niere als Ersatz der Dekapsulation zurück.

Chirurgische Behandlung der Nephritis.

Pulawski (44) beschreibt einen Fall von Morbus Brighti, in dem nach einseitiger Dekapsulation die urämischen Symptome verschwanden; nach einem Jahre wurden neu aufgetretene urämische Erscheinungen durch Dekapsulation auf der anderen Seite zum Schwinden gebracht. Bei der später gemachten Sektion fand sich eine neugebildete feste Nierenkapsel; die kleineren Parenchymverletzungen bei der ersten Operation waren geheilt.

Herz (15) bezieht die günstigen Erfolge der Nierendekapsulation bei Nephroptose mehr auf die Beseitigung der Knickung des Ureters und der Gefässe als auf die Ausbildung eines Kollateralkreislaufes, wenn er auch die Entstehung eines solchen für nicht unmöglich hält. Bei akuter wie bei chronischer Nephritis hält er die operative Behandlung — Dekapsulation oder den ernsteren Eingriff der Nierenspaltung — besonders bei Oligurie Anurie und Urämie für indiziert, an eine Beseitigung der Nephritis aber ist durch diese Operationen nicht zu denken. Besonders findet die Operation bei Nierenkoliken und einseitigen Nierenblutungen, sowie bei suppurativer Nephritis ihre Indikation.

Moritz (30) tritt in schwierigen und bedrohlichen Nephritisfällen für die Dekapsulation der Niere ein, die palliativ von guter Wirkung ist.

v. Noorden (34) empfiehlt bei akuter Nephritis nach zweitägiger Urämie und erfolglosem Aderlass die Dekapsulation.

Percy (39) erklärt die operative Behandlung der Nephritis für kontraindiziert bei Myokarditis, nicht kompensierten Herzfehlern und sekundärer Infektion der Niere von den Genitalorganen aus. Zur Vorbehandlung vor der Operation werden hohe Dosen von getrockneter Schilddrüse empfohlen.

Pousson (42, 43) tritt für die Nephrotomie als Operation der Wahl bei der nichteitrigen akuten Nephritis ein und erklärt besonders die drohende Anurie mit schweren Allgemeinerscheinungen als Indikation zur Operation. Die Dekapsulation bleibt in ihrer Wirkung hinter der Nephrotomie zurück. Ebenso erklärt er bei chronischer, schmerzhafter und hämaturischer Nephritis den operativen Eingriff für angezeigt und zieht auch hier die Nephrotomie vor, die mit der Kapsulektomie verbunden werden kann. Bei chronischer Nephritis mit gefährlichen Komplikationen — Ödemen, Urämie und Oligurie — wirkt in gleicher Weise die Operation lebenverlängernd, und zwar wird in weniger schweren Fällen die Kapsulektomie, in schweren Fällen dagegen die Nephrotomie empfohlen. Bei chronischer Nephriits ohne solche Folgezustände kann die Dekapsulation in den noch ungeschädigten Nierengebieten eine kompensatorische Hypertrophie und einen Schutz vor späteren Störungen durch reichlichen Blutzufluss bewirken.

Pousson teilt ferner einen günstig verlaufenen Fall von doppelseitiger Dekapsulation bei chronischer Nephritis mit und glaubt, dass nach der Operation die interne Behandlung wieder günstig auf die Symptome einwirken kann.

Rovsing (46) operierte neun Fälle von interstitieller Nephritis mit Perinephritis ohne Albuminurie, aber mit Schmerzen und Blutungen, anscheinend einseitig, mittelst Nephrolysis (alle geheilt), 16 Fälle von interstitieller Nephritis mit Albuminurie (fünf doppelseitig) mit neun Heilungen und sechs Besserungen nach Nephrolysis und einem Todesfall (Nephrotomie, dann wegen Blutung Nephrektomie), sechs Fälle von parenchymatöser Nephritis (vier einseitig) mit drei Heilungen und drei ungebesserten Fällen nach Nephrolyse (ein Fall später durch Nephrektomie geheilt), zwei Fälle von einseitiger Glomerulonephritis mit je einer Heilung mittelst Nephrolyse und mittelst Nephrektomie, endlich zwei Fälle von orthostatischer Albuminurie, einer durch Nephrolyse gebessert, einer durch doppelseitige Nephropexie geheilt.

Ruge (48) erklärt bei anfänglich umschriebenem oder einseitigem Auftreten akuter, infektiöser, apostematöser und chronischer Nephritis die chirurgische Behandlung für indiziert, ebenso die Dekapsulation oder Nephrotomie bei verschiedenen Nephritisformen, und die Nephrektomie bei einseitige infektiöser Nephritis.

Schloffer (49) beobachtete bei akuter Nephritis mit Anurie (im Anschuss an Angina) nach doppelseitiger Nierendekapsulation Wiederauftreten der Sekretion; der Harn wurde klar und enthielt noch Spuren von Eiweiss, aber keine Zylinder. Ein exzidiertes Nierenstückchen ergab Glomerulonephritis.

Schmidt (50) erwähnt ausser Blutungen die Anurie sowohl bei parenchymatöser Nephritis als bei eitriger Koliinfektion und bei toxischer Nephritis als Indikation für sofortige Operation und erklärt die Nephrotomie als Operation der Wahl, zuweilen die Dekapsulation oder die Nephrektomie.

Zondek (65) hält die Kapselgefässe der Niere für ventilartige Schutzvorrichtungen zur Erhaltung des physiologischen Gleichmasses der Zirkulation in der Niere. Die Konsistenz einer freigelegten Niere muss zuerst in situ geprüft werden, da eine luxierte Niere venös hyperämisch wird. Die Dekapsulation erzeugt bei künstlich hervorgerufener venöser Hyperämie der Niere zunächst Blutentziehung und Druckentlastung, besonders je fester die Capsula fibrosa war. Weiter wird eine stärkere Ausschwitzung interstitieller Flüssigkeit und sekundäre stärkere Blutdurchströmung bewirkt. Bei akuter Nephritis ist sie nur bei Oligurie oder Anurie nach Erfolglosigkeit der inneren Behandlung angezeigt.

4. Bildungsanomalien.

1. Adrian, C., und A. v. Lichtenberg, Die klinische Bedeutung der Missbildungen der Niere, des Nierenbeckens und der Harnleiter. Zeitschr. f. urol. Chir. Bd. 1. (Ausführliche und kritische Übersicht.)
2. *Beyer, Ch., Le rein en fer à cheval; étude anatomique, clinique et chirurgicale. Arch. intern. de chir. Bd. 5. Heft 6 und Bd. 6. Heft 1.
3. van Bisselick, Zwei kongenitale Nierenanomalien. Holländ. Ges. f. Chir. Sitzg. vom 5. Mai 1912. Zentralbl. f. Chir. Bd. 40. p. 1296. (Fall von beiderseitiger Zystenniere mit Bluterguss in eine Zyste linkerseits und Kompression des Kolon; ferner

ein Fall von kongenital hyperplastischer linker Niere mit Steinbildung und Hämaturie, Nephrektomie. In der Diskussion erklären Straeter und Brongersma das Auftreten des Indigkarmins im Harn nach 15 Minuten für nicht normal und verspätet; Timmer und Shoemaker betonen das Vorkommen von Schmerzen bei Zystenniere.)

4. Buday, Entwickelungsstörungen der Niere und andere Entwickelungsfehler. Virchows Arch. Bd. 213. Heft 2/3. (Hypoplasie der kaum bohnengrossen Nieren.)
5. Casper, L., Hypoplasie der Niere. Berl. urol. Ges. Sitzg. vom 15. April. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 940. (Angeborene Hypoplasie der linken Niere; Verstopfung des rechten Ureters durch Blutkoagulum; Ureterkatheterismus.)
6. Cook, L., A developmental defect. Indian Med. Gaz. Calcutta. 1912. Nr. 11. (Fehlen der rechten Niere und des Ureters und zugleich der Tube und des Ligamentum latum rechterseits; das rechte Ovarium lag oberhalb des Beckeneingangs auf dem Psoas und ein fibröser Strang verlief von ihm zur inneren Öffnung des Leistenkanals.)
7. Gaitschmann, Angeborener Defekt der Niere (Agenesia renis) bei einer Frau mit gleichzeitigem Entwickelungsfehler des Genitalapparates (Uterus bicornis duplex cum vagina septa). Journ. akusch. i. shensk. bolesnej. Jan. (Bei der 16jährigen Patientin wurde rechtsseitiger Hämatokolpos und Hämatometra bei Verdoppelung des Genitals konstatiert. Durch Punktion wurde sehr viel altes dickflüssiges Blut abgelassen, wonach der Tumor schwand. Exitus an Peritonitis 9 Tage post op. Wie die Sektion erwies, war die Peritonitis durch Platzen der Tube entstanden (Hämatopyosalpinx). Interessant ist, dass der Colon ascendens und das Cökum ein förmliches Mesenterium besassen. Der Wurmfortsatz lag unbeweglich, versteckt unter dem Bauchfell des Blinddarmes. Der Uterus war doppelt, bicornis, die Scheide in dem oberen Abschnitte doppelt und gleich wie die ganze rechte Hälfte des Genitalschlauches, dilatiert (durch Blutansammlung). Es fehlten völlig die rechte Niere, deren Gefässe und der rechte Ureter. Die Nebenniere war jedoch normal. Die linke Niere war stark vergrössert.) (H. Jentter.)
8. *Geraghty, J. T., und H. W. Plaggemeyer, The practical importance of infantile kidney in renal diagnosis. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 61. p. 2224.

9a. Mayo, Ch. H., Surgery of the single and horseshoe kidney. Southern Surg. and Gyn. Assoc. 25. Jahresversamml. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 60. p. 237.

9. *Herman, J. L., „Dumb-bell" kidney. Annals of Surg. Bd. 57. p. 868.
10. Minz, Ein Fall von Durchtrennung einer Hufeisenniere. Wratsch. Gaz. Nr. 28. Sitzungsber. d. chir. Ges. zu Moskau. (H. Jentter.)
11. Perruchot und Combin, Rein unique en fer à cheval avec deux hiles. Soc. anat.-clin. de Bordeaux. Sitzg. vom 10. Febr. Journ. de méd. de Bordeaux. Bd. 48. p. 420. (Sektionsbefund, anderweitige Todesursache.)
12. Prince, E. M., Uterusmissbildungen. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 60. Nr. 3. (Totaldefekt des Uterus und der Adnexe, zugleich dislozierte Doppelniere; in einem zweiten Falle zugleich Situs inversus; äussere Genitalien normal.)
13. Raubitschek, H., Zur Kenntnis der Bildungshemmung des Mastdarmes und der Harnblase. Arch. f. Kinderheilkunde. Bd. 60/61. Festschrift f. Baginsky. (Kind mit Hufeisenniere und Einmündung beider Ureteren in die Vagina bei Fehlen der Harnblase, Harnröhre und des Mastdarms.)
14. Reinach, Hufeisenniere. Ges. f. Kinderheilkunde München. Sitzg. vom 17. Jan. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 617. (10 Monate altes Kind; obere Nierenpole vereinigt.)
15. Reinhart, Doppelniere. Ärzteverein Wiesbaden. Sitzg. vom 21. Mai. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 1375. (Befund bei Nierenexstirpation wegen Tuberkulose.)
16. Rolleston, J. D., Congenital renal and ureteral anomaly. Brit. Journ. of Children. Dis. London. Bd. 10. April und Lancet Bd. 1. p. 458. (Fehlen der rechten Niere bei teilweisem Vorhandensein des Ureters, der nach oben blind endigte. Die vergrösserte linke Niere hatte zwei Nierenbecken und zwei Ureteren, die sich etwa 8 cm oberhalb der Einmündung in die Blase vereinigten. Zufälliger Sektionsbefund bei einem 12jährigen Knaben.)
17. Schmey, Zur vergleichenden Pathologie der Nierenentwickelung. Vereinigung z. Pflege der vergl. Path. Sitzg. vom 30. Jan. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 991. (Fehlen der Niere und des Ureters rechts, links Gruppe von Zysten an der Stelle der Niere; Atresia ani vesicalis; Urachus. Der Fall wird als Beweis für die Richtigkeit der dualistischen Entwickelung der Nierenanlage aufgefasst.)

18. Stein, A., Unilateral fused kiney with X ray illustrations. Med. Record New York. Bd. 84. p. 179 und Amer. Journ. of Obst. Bd. 68. p. 48. (Einseitig verschmolzene Niere mit zwei getrennten Nierenbecken und Ureteren, durch Ureterenkatheterismus und Pyelographie nachgewiesen.)

Zangemeister (c. 6, 58) hebt hervor, dass bei Defekten der Niere die Schwangerschaft nicht häufiger eine Niereninsuffizienz bewirkt, als ausserhalb der Schwangerschaft, ebenso verläuft nach Nephrektomie die Schwangerschaft ohne Störung.

Herman (9) beschreibt einen Fall von „Hantelniere" als zufälligen Sektionsbefund. Die beiden Nierenhälften, von denen die rechte etwas tiefer lag, zeigten erweitertes Nierenbecken auf der Vorderfläche und waren durch einen breiten, aus Nierengewebe bestehenden Isthmus, mit einander verbunden. Die Gefässversorgung bestand aus sieben Arterien, vier aus der Aorta, je eine aus der A. iliaca communis und eine aus der linken Spermatika entspringend, und aus je drei Venen.

Mayo (9) erwähnt als häufige Erkrankungen bei Hufeisenniere Hydro- und Pyonephrose und bezeichnet die Hufeisenniere bei Frauen als häufiger, dagegen die Einzelniere als seltener als beim Manne. In nicht klaren Fällen muss die andere Niere durch transperitonealen (lateralen) Schnitt freigelegt und namentlich, wenn bei einer Nierenoperation bei Befreiung des unteren Pols Schwierigkeiten entstehen, die Verbindung mit der Umgebung abgetastet und die versorgenden Gefässe aufgesucht werden.

Geraghty und Plaggemeyer (8) beschreiben acht Fälle von infantiler Niere, von denen vier bei der Sektion und zwei bei der Operation gefunden und zwei klinisch diagnostiziert worden sind. Unter infantiler Niere ist eine an Grösse erheblich zurückgebliebene, aber funktionierende Niere mit normalem Gewebe zu verstehen. In diagnostischer Beziehung wird hervorgehoben, dass, wenn in solchen Fällen die grosse (funktionell hypertrophische) Niere erkrankt, die Gesamtfunktion (bei der Phenolsulfophthaleinprobe) herabgesetzt ist, die Funktion der erkrankten Niere aber grösser ist als die der infantilen, für gesund gehaltenen. Die Funktion solcher infantiler Nieren ist in bezug auf die Harnmenge gering, in bezug auf den Prozentgehalt an Harnstoff und auf die übrigen Charaktere aber normal. Die Pyelographie ist von zweifelhaftem Wert, denn die Gestalt des Nierenbeckens ist kein Anhaltspunkt für die Gestalt der Niere. Dagegen kann durch den Röntgenschatten, im Zusammenhang mit der Harnmenge und den Funktionsproben die Diagnose gestellt werden. Für die Nierenchirurgie ist die infantile Niere im Falle Erkrankung der anderen ein in diagnostischer Beziehung schwieriger Faktor.

Beyer (2) fand die Hufeisenniere einmal unter 638 Sektionen und bezeichnet als anatomische Charaktere ein fibröses oder parenchymatöses Verbindungsstück (in 93%, die unteren Pole verbindend), Lagerung des Nierenbeckens und Ureterursprungs nach vorne, mehrfache und abnorm entspringende Gefässe und stets vorhandene Verlagerung, welch letztere die Häufigkeit krankhafter Erscheinungen (Lithiasis, Nephritis, Hydronephrose) oder Druckerscheinungen auf paravertebrale Gefässe oder Darmabschnitte (besonders Duodenum) bewirkt. Die häufig vorhandenen serösen Zysten werden als Entwickelungshemmung gedeutet. Die Diagnose wird besonders durch Röntgenographie und Pyelographie erleichtert. Zur operativen Freilegung der Hufeisenniere wird der Guyonsche Lumbalschnitt, ev. mit Verlängerung nach unten, empfohlen; Durchtrennung anormaler Gefässe kann schwere Blutung bewirken. Bei der Resektion des Verbindungsstückes wird keilförmige Exzision nach Albarran und Vernähung beider Lappen empfohlen. Bei Entfernung von Steinen ist wegen Vornelagerung des Nierenbeckens die vordere Pyelotomie auszuführen. Die Heminephrektomie kann durch abnorme Stielbildung am Hilus erschwert sein. Eine Durchtrennung des Verbindungsstückes kann durch subjektive Beschwerden geboten sein. Drei eigene Fälle und 264 Fälle aus der Literatur.

5. Sekretionsstörungen, Blutungen.

1. *Abetti, M., Sulle emorragie perirenali spontanee. Rif. med. 1912. Nr. 51.
2. *Albrecht, Über reflektorische Anurie. Gyn. Ges. München. Sitzg. vom 14. Nov. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. p. 271.
3. Barberio, M., Über einen seltenen Fall von wahrer und echter, dauernder Cholesterinurie. Rif. med. Nr. 32. (Wird auf eine vor 20 Jahren durchgemachte schwere Kalkulose der linken Niere und auf chronische interstitielle Nephritis zurückgeführt.)
4. *Barth, A., Die chirurgische Behandlung der Anurie. Zeitschr. f. urol. Chir. Bd. 1. p. 588.

5. *Baum, Zur Frage der einseitigen Hämaturie. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 125. Heft 5 u. 6 und Med. Ges Kiel. Sitzg. vom 21. Nov. 1912. Med. Klinik. Bd. 9. p. 154.
6. Belkowski, L'hématurie au cours de la fièvre typhoide traitée par l'urotropine. Revue de Méd. Aug. (Vier Fälle von Hämaturie mit Dysurie nach Urotropin-Behandlung bei Typhus. In einem Falle fanden sich in der Blasenschleimhaut oberflächliche Epitheldesquamation und blutige Suffusionen, dagegen nur wenig in den Ureteren und am Blasenhals. Nach Aussetzen des Mittels verloren sich in den drei übrigen Fällen die Blutungen.)
7. *Berg, Anurie. IV. Kongr. d. deutsch. Ges. f. Urol. Berlin. Deutsche med. Wochenschrift. Bd. 39. p. 2279.
8. *Bloch, Chylurie. IV. Kongr. d. deutsch. Ges. f. Urol. Berlin. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 2280.
9. Bonnet, P., Mélanurie dans les tumeurs mélaniques. Lyon chir. Bd. 8. Nr. 6. (Unter 15 Fällen von melanotischen Geschwülsten der verschiedensten Organe wurde in nur $20^0/_0$ Melanurie beobachtet.)
10. Boogher, L., Malarial hematuria. New York Med. Journ. Bd. 97. p. 1291. (Drei Fälle von Schwarzwasserfieber.)
11. *Braasch, W. F., Clinical observations on essential hematuria. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 61. p. 936.
12. Brasher, C. W. J., Alternating oxaluria and phosphaturia. Bristol Med.-Chir. Journ. März. Ref. Lancet. Bd. 1. p. 1040. (Oxalurie mit Hämaturie und Schmerzen, die auf starke Azidität zurückgeführt wird; auf die Anfälle trat stets Phosphaturie ein.)
13. Cestan, R., und Pujol, Un cas de chylurie nostras clinostatique. Gaz. des Hôp. Bd. 86. p. 645. (Wahrscheinlich durch eine tuberkulöse Erkrankung der abdominalen Drüsen und eine fistulöse Verbindung mit den Harnwegen bewirkt.)
14. Davis, A. B., Intermittent and unilateral chyluria. Amer. Assoc. of Obst. and Gyn. 26. Jahresversamml. Amer. Journ. of Obst. Bd. 68. p. 861. (Linksseitig; Ursache nicht aufgeklärt; 28jährige Frau.)
15. *Dor und Moirond, Über Hämaturie in der Schwangerschaft. Allg. Wiener med. Zeitg. Nr. 6. (Siehe Jahresber. Bd. 26, p. 394.)
16. Edgeworth, F. H., Alternating oxaluria and phosphaturia. Bristol Med.-Chir. Journ. März. Ref. Lancet. Bd. 1. p. 1040. (Fall von Oxalurie mit Koliken und Hämaturie, die nach Darreichung von Natriumbikarbonat verschwanden und einer Phosphaturie Platz machten.)
17. *Eisendrath, D. N., Hämaturie bei chronischer Nephritis. Deutsche med. Ges. Chicago. Sitzg. vom 27. Febr. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 1522.
18. Elsner, H. L., Renal hematuria. New York State Journ. of Med. Bd. 13. Nr. 3.
19. Furniss, H. D., Renal hematuria, decapsulation, nephrectomy. New York Obst. Soc. Sitzg. vom 8. Okt. 1912. Amer. Journ. of Obst. Bd. 67. p. 138. (Die Dekapsulation blieb erfolglos; bei der später ausgeführten Nephrektomie fand sich die Rinde kleinzellig infiltriert, wahrscheinlich infolge der Dekapsulation. Heilung nach Nephrektomie; in der Diskussion betont Jarman die Häufigkeit der Nierenblutungen bei Malariainfektion.)
20. — Renal hematuria, cessation after ureteral catheterization. Ebenda p. 139. (Aufhören der Blutung nach einmaligem Einführen des Ureterkatheters.)
21. — Renal hematuria, cessation after decapsulation. Ebenda. p. 140. (Inhalt aus Titel ersichtlich.)
22. *Giordano, D., Über den Nutzen eines neuen Eingriffes bei rezidivierender Nierenblutung aus einer schon inzidierten Niere. Riv. osp. Bd. 3. Nr. 11.
23. Harpster, Ch., Interessanter Fall von Nierenblutung, mit drei anormalen Nierenarterien. The urol. and cut. Review. Juli. p. 349. (Hämatonephrose, stets wiederkehrende Blutungen, auch nach Adrenalininjektion, ins Nierenbecken. Nephrektomie unter starker Blutung aus einer zum oberen Nierenpol verlaufenden akzessorischen Arterie.)
24. *Heidler, H., Beiträge zur Nierenchirurgie. Prager med. Wochenschr. Bd. 38. p. 507.
25. Hering, Perirenales Hämatom nach Scharlach. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. Nr. 1. (Bei intakten Nieren; Ausgangspunkt des Hämatoms unklar. Operation. Drainage, Exitus.)

26. Holinger, Fall von Nierenblutungen. Deutsche med. Ges. Chicago. Sitzg. vom 6. März. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 1690. (Auf Nasenhöhlenaffektion und Pharyngitis zurückgeführt.)
27. Imbert, L., Ces d'hématochylurie. Soc. de chir. de Marseille, Sitzg. v. 24. Okt. 1912. Arch. prov. de chir. Nr. 1. (Einseitige Hämatochylurie, die auf eine Lymphfistel infolge Filariaerkrankung zurückgeführt wird.)
28. Kellock, T. H., Suppression of urine. R. Soc. of Med. Clinical Section. Sitzg. vom 12. Dez. Brit. Med. Journ. Bd. 2. p. 1586. (Anurie nach Appendizitis, doppelseitige Nephrotomie, die trübe Schwellung des Parenchyms erkennen liess. Heilung.)
29. Kotzenberg, Blutzyste in der Niere. Ärztl. Verein Hamburg. Sitzg. vom 12. Febr. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 1018. (Haselnussgrosse, prall gespannte Zyste mit starken konstanten Schmerzen in der Nierengegend, zeitweise Koliken, Hämaturie und zuweilen Fieberanfällen; partielle Nierenresektion.)
30. *Kretschmer, H. L., The treatment of profuse kidney hemorrhage by means of epinephron. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 61. p. 17.
31. *— Unilateral kidney hemorrhage with reference to so-called essential hematura. Surg., Gyn. and Obstr. Bd. 16. Nr. 1.
32. Kroiss, Hämaturie infolge Nierenarteriensklerose. Ges. d. Ärzte Wien. Sitzg. vom 31. Okt. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 26. p. 1869. (62jährige Frau, Nephrektomie.)
33. Legueu, F., La transfusion du sang dans les grandes hémorrhagies urinaires. Journ. d'Urol. Bd. 4. p. 1. (Anfängliche Besserung auf Transfusion wegen schweren Blasenblutung nach Lithothrypsie, nach drei Wochen Exitus an Anurie.)
34. Lippens, A., L'hématome périrénal spontané. Journ. de Chir. Paris. Bd. 11. p. 1. (23 aus der Literatur gesammelte Fälle, aus denen gefolgert wird, dass die schlechtesten Resultate die exspektative Behandlung ergibt; bei schwerer Verletzung der Niere ist die Nephrektomie indiziert.)
35. Loumeau, Néphrite chronique douloureuse et hématurique d'origine traumatique, récemment opérée avec plein succès immédiat. Soc. de Méd. et de Chir. de Bordeaux. Sitzg. vom 11. April. Journ. de Méd. de Bordeaux. Bd. 84. p. 270. (Fibröse Perinephritis, Dekapsulation und Exstirpation der fibrösen Kapsel und Nephrotomie, Heilung.)
36. *Mankiewicz, O., Nierenblutungen bei Hämatophilen. Zeitschr. f. Urol. Bd. 7. p. 865.
37. *Mayo, Ch. H., The surgery of the single and horseshoe kidney. Annals of Surg. Bd. 57. p. 511.
38. Mosenthal, Röntgenbilder von Hufeisen- und Beckenniere mit Steinen. Berl. Ges. f. Chir. Sitzg. vom 28. Juli. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 1587. (Demonstration.)
39. *Newman, D., Renal varix and hyperaemia as causes of symptomless renal haematuria. Brit. Journ. of Surg. Bd. 1. Nr. 1.
40. *Payne, R. L., und W. de B. Macnider, Unilateral hematuria of the so-called essential type. Southern Surg and Gyn. Assoc. 25. Jahresversamml. New York Med. Journ. Bd. 97. p. 471 und Surg. Gyn. and Obst. Bd. 17. Heft 1.
41. Pedersen, V. C., Hematuria. New York Med. Journ. Bd. 97. p. 905. (Eingehende Darstellung der Hämaturie als Symptom der verschiedensten Erkrankungen und Forderung der erschöpfenden, möglichst frühzeitigen Feststellung des Sitzes und der Ursache der Blutung mit allen klinischen und modernen Mitteln der Diagnostik.)
42. Perez-Grande, E., Los hematuricos. Semana Med. Buenes Aires. Bd. 20. Nr. 9.
43. *Pool, E. H., Unilateral renal haematuria. New York Surg. Soc. Sitzg. vom 12. Febr. Annals of Surg. Bd. 57. p. 923.
44. Portner, E., Diagnostik und Behandlung der Hämaturie. Med. Klinik. Bd. 9. p. 1882. (Hervorhebung des Wertes der Kystoskopie für Sitz und Quelle der Hämaturie.)
45. *Quincke, Lymphurie. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 59. Nr. 25.
46. *Randall, A., The etiology of unilateral renal hematuria. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 60. p. 10.
47. Rössle, Varix des Nierenhilus. Naturwiss.-med. Ges. Jena. Sitzg. vom 13. Nov. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 2862. (Mit Blutung ins Nierenbecken; zufälliger Sektionsbefund.)
48. — Chronische Apoplexien des Nierenlagers. Naturwiss.-med. Ges. Jena. Sitzg. vom 13. Nov. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 2862. (Hält Diapedesisblutungen für die Ursache.)

49. Roger und P. Chevallier, Uraturie paroxystique. Soc. de Biol. Paris. Sitzg. vom 15. Febr. Gaz. des Hôp. Bd. 86. p. 329. (Fall von paroxysmaler Ausscheidung schon präzipitierter Urate unter Fieber und ähnlichen Erscheinungen wei bei paroxysmaler Hämoglobinurie.)
50. de Sandro, D., Kann die Oxalurie bakteriellen Ursprungs sein? Policlinico. Bd. 20. Nr. 3.
51. *Schiffmann, J., Zur Kenntnis der Blutung ins Nierenlager. Zeitschr. f. gyn. Urol. Bd. 4. p. 114.
52. *Schüpbach, A., Zur Kenntnis der sogenannten essentiellen Hämaturie. Zeitschr. f. urol. Chir. Bd. 1. p. 270.
53. *Schwarzwald, Nierenarteriosklerose. IV. Kongr. d. deutsch. Ges. f. Urol. Berlin. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 2279.
54. Sheahan, F. J., Anuria — perhaps hysteric. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 60. p. 826. (Ätiologisch dunkler Fall von achttägiger vollständiger Anurie mit darauffolgender Harnflut.)
55. *Sherill, J. G., The significance of hematuria and its management. Amer. Journ. of Obst. Bd. 68. p. 1150 u. 1171.
56. *Speese, J., Perirenal hematoma. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 16. Nr. 5 und Annals of Surg. Bd. 57. p. 303.
57. Stern, H., Lymphuria. Arch. of Diagnosis. April und Med. Record. New York Bd. 83. p. 967. (Zwei Fälle; die Erscheinung wird als Folge von Obstruktion von Kolon- oder Mesenterium-Lymphgefässen, z. B. durch Lordose, Atonie des Kolon oder Kompression etc. erklärt.)
58. *Straeter, Über einseitige Nierenblutungen bei Nephritis. Holländ. Ges. f. Chir. Sitzg. vom 5. Mai 1912. Zentralbl. f. Chir. Bd. 40. p. 1297.
59. *Studzinski, Zur Frage der subkutanen Gelatineinjektionen bei Nierenerkrankungen. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 73. Heft 3/4.
60. Taddei, Nefriti chroniche dolorose unilaterali. Gazz. degli osped. e d. clin. Nr. 74. (Linksseitige Nierenkoliken mit Albuminurie, Polyurie, Zylindrurie und Blutspuren; Nephrektomie; parenchymatöse Nephritis mit herdweiser Infiltration; keine typische Tuberkulose, obwohl im Harn säurefeste Bazillen gefunden wurden.)
61. *Truesdale, P. E., Unilateral hematuria in chronic nephritis. Boston Med. and Surg. Journ. Bd. 168. p. 156.
62. Tschistowitsch, N. J., Nephritis haemorrhagica periodica. Russki Wratsch. Nr. 39. (Ein Fall.)
63. Vincent, W. G., An unusual case of renal hematuria. Unilateral chronic hemorrhagic nephritis, decapsulation, apparent cure, recurrence, bilateral involvement, decapsulation of both kidneys six years later. Med. Record. New York. Bd. 84. p. 106. (Inhalt aus Titel ersichtlich.)
64. *Williams, B. G. R., Observations on some clinical features of painful oxaluria. Med. Record. New York. Bd. 83. p. 1076. (Siehe Jahresber. Bd. 16. p. 393.)

Einseitige Nierenblutungen.

Randall (46) führt als Ursache einseitiger Nierenblutung in erster Reihe entzündliche Veränderungen der Niere an, in zweiter Varixbildungen im Nierenbecken, in dritter Reihe Gefässruptur oder Diapedesis infolge von Kongestion durch Behinderung des Harnausflusses oder der Blutversorgung oder infolge von abnormen Nierengefässen oder durch Herz- oder Leberaffektionen. Da in allen Fällen die hauptsächlichste Ursache eine Kongestion der Niere ist, so wird zur Beseitigung die Nephrotomie vorgeschlagen.

Sherill (55) gibt eine übersichtliche Darstellung der symptomatischen Bedeutung der renalen Hämaturie, der Diagnose ihres Sitzes und ihrer Ursache und eine kurze Darstellung der Therapie, je nach ihrer Quelle. Die Möglichkeit einer essentiellen renalen Hämaturie wird anerkannt. Unter den internen Mitteln wird das Terpentinöl in kleinen Dosen vorgezogen.

Braasch (11) bespricht die Differentialdiagnose der Nierenblutungen nach den verschiedenen Ursachen (Nephritis, Pyelitis mit Blutung, Neubildung, Tuberkulose, Lithiasis und Nierenbeckenvaricen) und hält die Beziehung „essentielle“ Hämaturie aufrecht, da er diese durchaus nicht immer für entzündlichen Ursprungs hält. Das viele Jahre Bestehen solcher Blutungen spricht besonders dagegen, dass die Blutung ein Initialsymptom von Nephritis ist; ebensowenig wird das etwaige Vorhandensein geringer Mengen von Eiweiss

und Zylindern als ein Beweis für die entzündliche Grundlage anerkannt, da eine Menge von Untersuchten Eiweiss und Zylinder finden lassen, ohne dass je eine Hämaturie eingetreten wäre. Werden bei der Operation solcher blutender Nieren entzündliche Veränderungen gefunden, so ist der Beweis nicht erbracht, dass diese Veränderungen die Blutung bewirkt haben. Die Behandlung der essentiellen Hämaturie soll so lang als möglich eine exspektative sein; bei Verdacht auf Neubildung muss die Niere freigelegt werden; findet sich hierbei keine Neubildung, so ist die Nephrotomie gerechtfertigt. Findet sich eine Infektion oder Gewebszerstörung oder bleibt die Nephrotomie erfolglos, so ist die Exstirpation indiziert. Jedenfalls soll vorher ein Versuch mit Ureterkatheterismus, Blutserum- oder Adrenalininjektion gemacht werden.

In der Diskussion lehnt Caulk ebenfalls die allgemeine entzündliche Natur der einseitigen Nierenblutung ab, während Chute Beweise für eine herdförmige Nephritis als Ursache solcher Blutungen anführt.

Straeter (58) will den Begriff „essentielle Hämaturie" auf jene Fälle beschränkt wissen, in welchen die Untersuchung der gesamten Niere — nicht etwa nur die eines exzidierten Stückchens — entzündliche Veränderungen nicht ergibt. Solcher Fälle sind sieben beschrieben, so dass der Begriff der essentiellen Hämaturie nicht entbehrt werden kann, jedoch beruht die Erklärung als angioneurotische Nierenblutung und als renale Hämophilie auf Hypothesen. Es steht fest, dass bei Nephritis einseitige Blutungen vorkommen, die sehr profus und anhaltend sind und mit oder ohne Koliken verlaufen können, ferner dass Enthülsung oder Nephrotomie oft einen günstigen Einfluss ausüben. Sowohl das Zustandekommen der Blutung als die günstige Wirkung der Operation sind zurzeit nicht genügend zu erklären, letzteres ist vielleicht die Folge einer Dekongestion, die bleibende Besserung vielleicht Folge der Bildung neuer Gefässverbindungen. Bei jeder einseitigen Blutung ist die Niere freizulegen; ist die Niere makroskopisch normal, so ist die Nephrotomie auszuführen, um grob-anatomische Veränderungen zu erkennen oder auszuschliessen. Nur bei Vorhandensein von Schmerzen ist die Enthülsung vorzuziehen.

In der Diskussion wird von Brongersma, van Stockum, Straeter, van der Goot und Renssen auf die Gefahr der Nachblutung nach Nephrotomie und von van der Goot und Shoemaker auf die Möglichkeit des Übersehens von kleinen Steinen hingewiesen.

Truesdale (61) berichtet über zwei Fälle von einseitiger Hämaturie, in deren ersterem die Nephrektomie (70jährige Frau) ausgeführt wurde und die Niere keine Anhaltspunkte für die Blutung und nur geringfügige entzündliche Erscheinungen erkennen liess, während im zweiten Falle die Blutung offenbar auf entzündlicher Ursache beruhte. Die einseitige Blutung wird als Initialsymptom einer Nephritis angenommen.

Pool (43) eröffnete in einem Falle von einseitiger Nierenblutung das Nierenbecken, aus dem ein Fibringerinnsel entfernt wurde, und führte die Dekapsulation aus. Ein ausgeschnittenes Stück Niere zeigte ausgedehnte interstitielle Nephritis. Die Blutungen hörten auf. In der Diskussion teilt Lilienthal einen Fall von Nephrektomie bei einseitiger Nierenblutung mit, bei dem pathologische Veränderungen in der Niere nicht zu finden waren.

Heidler (24) führte in einem Falle von einseitiger Nierenblutung die Nephrotomie aus und da die Blutungen fortdauerten, die sekundäre Nephrektomie. Es kam zu Exitus, da eine beiderseitige chronische Nephritis gegeben war.

Giordano (22) exstirpierte eine Niere, welche früher wegen einseitiger Blutung inzidiert worden war, wegen Rezidive der Blutung und unter Verdacht auf Karzinom. Im Nierenbecken sass ein kastaniengrosses, weiches Karzinom. Die Nephrotomiewunde fand sich ohne Schädigung des Nierengewebes geheilt, jedoch war die Niere Sitz einer chronischen Nephritis.

Studzinski (59) weist nach, dass bei Nierenerkrankungen mit parenchymatösen Nierenblutungen subkutane Gelatineinjektionen nicht nur keinen Stillstand und keine Verringerung der Blutung, sondern im Gegenteil eine Steigerung bewirken, so dass vor dieser Behandlung gewarnt werden muss.

Kretschmer (31) hebt hervor, dass bei einseitiger Nierenblutung doppelseitige Veränderungen vorhanden sein können und dass Fehlen von Eiweiss und Zylindern nicht gegen entzündliche Vorgänge zu sprechen braucht. In dunklen Fällen sollen aus dem Harn beider Nieren Kulturen angelegt werden, um eine bakterielle Ursache nachzuweisen oder auszuschliessen.

Baum (5) verwirft das Vorkommen von Nierenblutungen aus gesunden Nieren und nimmt immer Entzündungsvorgänge als Ursache der mit Koliken verlaufenden einseitigen Nierenblutungen an. In einem Falle fand sich ein Angiom an einer Papille mit Zerstörungen

des Nierenbeckenepithels. Wenn Steine und Tuberkulose bei Nierenblutungen auszuschliessen sind, bleibt Tumor oder „essentielle" Nierenblutung offen, was nur durch Freilegung der Niere entschieden werden kann.

Eisendraht (17) berichtet über einen Fall von Nephrektomie wegen andauernder einseitiger Blutungen und schmerzhafter Koliken, in dem kleine Zystchen und sehr vereinzelte nephritische Veränderungen bei sonst normalem Gewebe nachzuweisen waren. In der Diskussion wendet Schmauch ein, dass dieser Fall nicht als Nephritis gedeutet werden könne; Ries spricht sich für konservative, Hartung für diätetische Behandlung und Hollinger für Kalktherapie aus.

Schwarzwald (53) macht auf intermittierende Koliken nebst Hämaturie als Symptom der Arteriosklerose aufmerksam, die er in Analogie mit anderen auf Sklerose beruhenden Funktionsstörungen als Dyspraxia renis intermittens angiosclerotica bezeichnet; in Fällen mit schweren Schmerzanfällen hält er die Nephrektomie für angezeigt.

In der Diskussion machen Lohnstein und Hermann Mitteilungen über die Heilungserfolge mit Nephrotomie und Mankiewicz über die starke Koagulationswirkung der Gelatine. Blum spricht sich zunächst nur für Dekapsulation oder Nephrotomie aus.

Mankiewicz (36) beschreibt zwei auf hämophiler Grundlage beruhende Fälle von Nierenblutungen bei Kranken, die aus Bluterfamilien stammten und selbst schon lebensgefährliche Blutungen erlitten hatten. Als Therapie werden Gelatinebehandlung, Trockendiät und eventuell Transfusion empfohlen.

Payne und Macnider (40) lehnen die angioneurotische Entstehung der einseitigen Nierenblutungen ab und führen sie auf entzündliche Veränderungen zurück. Fünf durch Nephrotomie geheilte Fälle werden mitgeteilt.

Schüpbach (52) glaubt, dass aus den geringfügigen Veränderungen der Niere, die gefunden werden, zu weitgehende Schlüsse hinsichtlich der Ätiologie der renalen Hämaturien gezogen werden. Nur ganz wenige Fälle sind als essentielle Blutungen zu deuten, bei den meisten Fällen ist die Untersuchung keine genügende gewesen. Drei Fälle werden mitgeteilt, einer von Massenblutung aus Nieren, Nierenbecken, Harnleitern und Blase bei hämorrhagischer, parenchymatöser und interstitieller Nephritis, einer bei tuberkulöser Veränderung einer Papille und einer ohne irgendwelche anatomischen Befunde.

Newman (39) leugnet das Vorkommen „essentieller" Blutungen aus gesunden Nieren und nennt als Ursachen symptomloser Blutungen Nierenvarizen (drei Fälle, einmal Heilung durch Nephrotomie, zweimal blieb Dekapsulation und Nephropexie erfolglos, so dass die Nephrektomie gemacht werden musste), ferner passive Kompression oder Torsion der Nierengefässe (ein Fall, durch Dekapsulation und Nephropexie geheilt) und endlich kleine Geschwülste im Nierenbecken. Newman führt zur Nephrotomie von einer kleinen Inzision am Nierenpol aus ein Sichelmesser ein, um in der Brödelschen Linie die Niere von innen nach aussen zu spalten, und vereinigt die Niere mit tiefen Matratzen- und oberflächlichen Knopfnähten. Ein Varix oder eine kleine Nierenbeckengeschwulst ist auszuschaben oder zu resezieren. Die Nephrektomie ist nur angezeigt, wenn nach schweren Blutungen ein schnelles Operieren ohne Blutverlust notwendig erscheint.

Croom (G. 8, 26) führt die idiopathische Hämaturie in der Schwangerschaft entweder auf Blutungen aus der kongestionierten Blasenschleimhaut oder wenn renalen Ursprungs, auf die Kompression von Gefässen des Abdomens oder des Ureters zurück.

Zangemeister (c. 6, 58) erwähnt das Vorkommen essentieller Nierenblutungen in der Schwangerschaft, besonders nach körperlichen Anstrengungen und bei Hämophilie. Die Diagnose auf wirkliche essentielle Hämaturie muss mit grosser Vorsicht gestellt werden, weil schon durch die physiologischen Veränderungen eine Prädisposition zu Blutungen gegeben ist.

Kretschmer (30) beseitigte durch dreimalige Adrenalininjektion (5 ccm einer Adrenalin- und Salzlösung zu gleichen Teilen) in das linke Nierenbecken eine einseitige, schmerzlose Nierenblutung, die besonders in den Schwangerschaften sich gezeigt hatte und deren erstes Erscheinen bis zum 15. Lebensjahre zurückreichte.

Blutungen im Nierenlager.

Abetti (1) unterscheidet unter den spontanen Blutungen ins Nierenlager solche infolge von Arteriosklerose, interstitieller und parenchymatöser Nephritis, Periarteritis nodosa etc., und sekundäre infolge von Nierentuberkulose, Neubildungen, Hämophilie etc.

Schiffmann (51) beschreibt einen Fall von Blasenscheidenfistel mit Ventilbildung, in welchem es nach einer akuten Retention zu ausgedehnter tödlicher Blutung ins Nieren-

lager kam. Die Blutungsquelle muss in die Rinde verlegt werden, weil die Kapsel teilweise auch mikroskopisch fehlte und in der Umgebung frische Blutungen, die anfangs als Diapedesisblutungen (Ricker) aufgefasst wurden, gefunden wurden. Im Fettbett der Niere war keine Blutungsquelle nachzuweisen. Die Blutung erfolgte in derjenigen Niere, die nephritisch hochgradiger verändert war und es wird daher die Nephritis als prädisponierendes, die Harnretention als auslösendes Moment angenommen.

Speese (56) beschuldigt als Ursachen perirenaler Hämatome Tuberkulose, Abszess oder Tumoren der Niere, Nekrose der Nebenniere, Traumen und zuweilen Hämophilie. Spontane Hämatome werden mit Wahrscheinlichkeit auf chronische Nephritis zurückgeführt. Die Symptome bestehen in plötzlichem Schmerz, Zeichen innerer Blutung und Bildung einer retroperitonealen Geschwulst, in einem Drittel der Fälle in Hämaturie. Die Funktion der Niere ist herabgesetzt. Von den operierten Fällen genasen 62%.

Anurie.

Albrecht (2) beobachtete vollständige Anurie trotz nur einseitiger schwerer Kolipyelitis mit septischen Allgemeinerscheinungen; die Anurie auf der anderen Seite wurde durch Ureterkatheterismus festgestellt. Dekapsulation der rechten Niere stellte wieder die beiderseitige Sekretion her. Es wird auf der erkrankten Seite Sekretionshemmung infolge Steigerung des intrarenalen Druckes, auf der anderen Seite durch Reflex angenommen.

Berg (7) fand bei einer im vierten Monate Schwangeren als Ursache einer dreitägigen Anurie bei der Operation zwei grosse Nierenrisse mit enormer innerer Blutung. Die Sektion ergab neben eitriger Cystitis und Ureteropyelonephritis einen erbengrossen, nicht obturierenden Stein im Ureteranfang. Die linke Niere war zertrümmert, wahrscheinlich spontan infolge der Pyelonephritis (ein Trauma war nicht vorausgegangen), die rechte war hypoplastisch.

Barth (4) teilt mehrere Fälle von sekretorischer und exkretorischer Anurie mit, die mittelst Nephrotomie gebessert oder vollständig beseitigt wurden. Die Nephrotomie bestand in kleinen Einschnitten in die Niere, die eine Drainage des Nierenbeckens ermöglichten.

Chylurie.

Bloch (8) wies bei Chylurie (junges Mädchen) kystoskopisch ein kugelförmiges weisses Gebilde — Lymphgefässektasie — nach, aus dem die weisse Flüssigkeit vorspritzte. Verschorfung durch Glühschlinge.

Quinke (45) ist geneigt, einen Teil der nicht auf Nephritis beruhenden Albuminurien, z. B. die orthostatischen, als Lymphurie oder Chylurie zu deuten.

Stern (57) teilt vier Fälle von Lymphurie mit, in denen der Harn jeder Niere besonders aufgefangen werden konnte, jedoch werden nur zwei Fälle (doppelseitig) als Lymphurie angesehen. Die Lymphurie wird als Folge von teilweiser Verstopfung der zwischen Kolon und Niere bestehenden Lymphgefässverbindungen angesehen.

6. Verlagerung der Niere.

1. *Alexander, B., Die Untersuchung der Wanderniere mittelst X-Strahlen. Fol. urol. Bd. 7. Nr. 5.
2. Baldwin, J. F., und H. A. Baldwin, Surgery of the Kidney, based on case records of ten years. Am. Journ. of Urol. Bd. 8. Nr. 12. (Empfehlen bei der Nephropexie einen Lappen der fibrösen Kapsel in die erste Schnittwunde und einen zweiten in eine weitere in die Faszie dem ersten Schnitt parallele Inzision einzunähen.)
3. Billington, W., Nephroptosis; its clinical significance. Clin. Journ., London. Bd. 42. p. 401. (Jahresber. Bd. 26. p. 397.)
4. Caspari, Hémorragie dans un rein mobile. Journ. d'Urol. Bd. 3. p. 57. (Linksseitige Nephroptose mit auch bei Bettruhe andauernden Blutungen und Schmerzen bei einer 46jährigen Frau, durch Leibbinde beseitigt.)
5. Coleman, J. E., Morable Kidney. Illinois Med. Journ. Springfield. Bd. 22. Nr. 6.
6. *Cordua, E., Zur Nephropexie mittelst freien Faszienstreifens. Zentralbl. f. Chir. Bd. 40. p 1253
7. *Ekler, R., Ein Fall von linksseitiger Nierendystopie, kombiniert mit rechtsseitiger Graviditätspyelonephritis. Zeitschr. f. gyn. Urol. Bd. 4. p. 51.
8. *Fabri, Diagnose auf Wanderniere. Geburtsh.-gyn. Ges. der Marken in der Emilia. Sitzg. vom 18. Mai 1912. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. p. 274.

9. Falgowski, Grosse Solitärzyste in einer ins Becken gewanderten tuberkulösen, arteriosklerotischen Amyloidniere. Verhandl. d. Deutschen Ges. f. Gyn. XV. Kongress. Leipzig. p. 523. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 2091 u. Lwowski Tygodn. lek. Nr. 41 ff.
10. *Firth, L., On nephropexy. Bristol med.-chir. Journ. Sept.
11. *Hadden, D., Bacteriology of urine in relation to movable kidney. California State Journ. of Med Bd. 11. Nr. 8.
12 *Henschen, K., Nephropexie vermittelst transplantativer Bildung einer faszialen Anhängekapsel. Arch. f. klin. Chir. Bd. 100. H. 4.
13. *Kocher, Th., Operative Behandlung der Wanderniere. Schweizer Korrespondenzbl. Nr. 18.
14. Kusnetzky, Über einige Komplikationen bei Nephropexie. Russki Wratsch. 19. (Schlusssätze: Bevor zur Nephropexie geschritten wird, muss der Zustand der Niere und des Ureters seiner ganzen Länge nach geprüft werden (nicht nur Ureterkatheterismus und Funktionsprüfungen, sondern auch Pyelographie). Bei Pyeloektasie und Hydronephrose der dislozierten Niere muss die Ursache dieser Erscheinungen eruiert werden und nur nach Aufheben des Hindernisses darf die Nephropexie ausgeführt werden. Ist das Hindernis nicht wegzuschaffen (Atonie des Nierenbeckens, des Ureters, Knickung des unteren Ureterabschnittes), so darf die dislozierte Niere nicht nephropexiert werden; bei gesunder zweiter Niere ist sie zu exstirpieren. Parenchymatöse Nephropexie darf unter keinen Bedingungen gemacht werden. Zu versenkbaren Nähten darf nur resorbierbares Material genommen werden. Sekundäre Nephrektomie nach Nephropexie ist sehr schwierig, zuweilen unausführbar.) (H. Jentter.)
15. *Lejars und Rubens-Duval, Contribution à l'étude des reins ectopiques congénitaux non pathologiques. Revue de Chir. Bd. 48. p. 541.
16. Lichtenberg, Doppelseitige Wanderniere und intermittierende Hydronephrose. Unterelsäss. Ärzteverein Strassburg. Sitzg. vom 26. Juli. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 1730. (Spaltung des Spornes und Anastomosierung des Ureters mit der tiefsten Stelle des Nierenbeckens; sechs Fälle.)
17. Mac Laurin, C., Movable kidney. Australas. Med. Gaz. Bd. 34. p. 191.
18. *Monod, G., On the so called morable kidney disease. Practitioner. Bd. 91. p. 675.
19. *Necker, Klinik der Nephroptosen. IV. Kongr. d. Deutschen Ges. f. Urologie, Berlin. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 2278.
20. Neustal, Zur Statistik und Ätiologie der Wanderniere. Russki Wratsch. Nr. 6, 7. (H. Jentter.)
21. Peak, J. H., Traumatic displacement of the kidney. Kentucky State Med. Assoc. 63. Jahresvers. Journ. of Am. Med. Assoc. Bd. 61. p. 990. (Betont bei Nierenoperationen zunächst die Wichtigkeit der Schonung des N. ileohypogastricus, ferner bei der Nachbehandlung die regelmässige Darmentleerung durch Klysmen und die Vermeidung der Darreichung von Opiaten.)
22. Plummer, S. C., Dystopic kidney. Surgery, Gyn. and Obstet. Bd. 16. p. 1. (Ein Fall von kongenital verlagerter Niere, auf deren Komplikation mit anderen missbildeten Beckenorganen aufmerksam gemacht wird. Die Niere soll operativ richtig gelagert werden.)
23. Polak, J. O., Dystopic kidney. New York Obstet. Soc. Sitzg. vom 11. März. Am. Journ. of Obstet. Bd. 68. p. 104. (Kongenitale Beckenniere über der linken Articulatio sacroiliaca, Ureter 11 cm lang; Nephrektomie wegen Unmöglichkeit einer Höherlagerung wegen Kürze des Stiels. In der Diskussion erwähnt Bissell drei von ihm operierte Fälle von Nephroptose, in welcher Retroflexion angenommen worden war.)
24. *Rössle, Nierenverlagerung. Med.-naturwiss. Ges. Jena. Sitzg. vom 26. Juni. Med. Klinik. Bd. 9. p. 1435.
25. Roncaglia, Über eine merkwürdige Komplikation einer Hysterektomie nach Wertheim wegen Uteruskrebses. Geburtsh.-gyn. Ges. d. Emilia u. d. Marken. Sitzg. vom 18. Mai. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. p. 603. (Linksseitige Beckenniere, die bei der Operation mit exstirpiert wurde; Tod an Sepsis.)
26. *Tenani, O., Contributo chirurgica alla nefropessia lombare. Policlinico. Bd. 20. Nr. 10.
27. Thomas, G. J., Report of a case of pelvic kidney; diagnosis before operation. Ann. of Surgery. Bd. 58. p. 809. (Infizierte Hydronephrose in linksseitiger Beckenniere, die durch Ureterkatheterismus — Ureter 12 cm lang — und Pyelographie nachgewiesen wurde. Exstirpation.)

28. Vincent, W. G., An unusual case of renal hematuria. Med. Rec. New York. Bd. 84. p. 106. (Trotz doppelseitiger Dekapsulation dauerten die Blutungen fort.)
29. *Voelcker, Nierenhochstand als Krankheitsursache. Mittelrhein. Chirurgenvereinig. Sitzg. vom 22. November. Zentralbl. f. Chir. Bd. 41. p. 342.
30. *Werelius, A., Nephroptosis and nephropexy with special reference to the baskethandle operation. Journ. of Am. Med. Assoc. Bd. 60. p. 643.

Alexander (1) fordert für die Röntgendiagnose der Wanderniere die Aufnahme beider Nieren auf eine Platte, die auch über Stauungsvorgänge, Hydronephrose und Gewebsveränderungen Aufschluss geben kann. Wiederholte Aufnahmen erweisen die Beweglichkeit und veränderte Lage einer dystopischen Niere.

Fabri (8) macht auf den Nachweis eines pulsierenden Stieles für die Diagnose der Nephroptose aufmerksam.

Monod (18) erklärt im Sinne von Glénard die bewegliche Niere nicht als Krankheit sui generis, sondern als Teilerscheinung der Enteroptose und bezieht die Beschwerden nicht allein auf die Niere, sondern auch auf die übrigen verlagerten Organe. Er verwirft deshalb jede operative Behandlung und empfiehlt Leibbinden und geeignete Diät.

Necker (19) macht auf die häufige Koinzidenz von Nephroptose mit Erkrankungen am Gallengangssystem aufmerksam.

Zangemeister (c. 658) erklärt die Nephroptose für einflusslos auf den Verlauf einer Schwangerschaft, nur wurde einmal Achsendrehung der verlagerten Niere beobachtet; auch bei kongenitaler Beckenniere verlaufen Schwangerschaft und Geburt gewöhnlich ohne Störung, es kann jedoch das Beckeninnere durch eine dystopische Niere verengt werden, so dass abnorme Lagen entstehen und operative Eingriffe notwendig werden können.

Firth (10) beschreibt zehn Fälle von Nephropexie nach Billington ($^2/_3$ des Kapsellappens aus der hinteren, $^1/_3$ aus der vorderen Nierenfläche) mit zwei subkapsulären Stütznähten an der unteren Nierenhälfte. Als Vorteil der Methode wird Fixation in normaler Lage, als Nachteil die Gefahr der Pleuraverletzung hervorgehoben, welch letztere unter den zehn Fällen einmal vorkam.

Tenani (26) nimmt zur Nephropexie aus der Nierenkapsel nur eine schmale Brücke, die mit einem aus der Lendenmuskulatur gewonnenen und an der zwölften Rippe befestigten Muskellappen vereinigt wird. Das neue Nierenlager wird zur Erzeugung von Verwachsungen mit Chlorzink verätzt.

Werelius (30) beschreibt zur Nephropexie seine „Korbhenkeloperation", die darin besteht, dass nach Ablösung der fibrösen Kapsel je ein langer, von jedem Nierenpol ausgehender Lappen aus der Kapsel geschnitten wird. Diese zwei Lappen werden durch Muskeln und Faszie durchgezogen und über der Muskulatur geknotet und mit Nähten befestigt. 27 Fälle wurden in dieser Weise mit gutem Erfolg operiert.

Kocher (13) bettete ferner zur Nephropexie die Niere in einen, der Fascia lata des Oberschenkels entnommenen, frei transplantierten Faszienbeutel und vernähte diesen fest mit den Wundrändern, so dass eine aus straffem Gewebe bestehende stützende Schwebe für die Niere entstand.

In ähnlicher Weise operierte Cordua (6), der nach Freilegung und Fixation der Niere einen 20 cm langen und $2^1/_2$ cm breiten Streifen aus der Fascia lata entnahm und ihn unter der eine Strecke weit stumpf unterminierten Capsula propria durchführte. Die beiden freien Faszienzipfel werden miteinander und aneinander und an der Fascia lumbodorsalis und die überstehenden Zipfelenden an der zwölften Rippe angenäht.

Henschen (12) umgab die verlagerte Niere mit einem grossen frei überpflanzten Faszienlappen, der eine neue Kapsel um die Niere bildete und an der Muskulatur flächenhaft fixiert wurde.

Völcker (29) erwähnt abnormen Hochstand der Niere z. B. infolge von Schnüren oder durch Adhäsionen. Besonders bei gleichzeitiger lumbaler Lordose kann dadurch eine Spannung des Ureters in dem Abflusshindernis mit Koliken und Infektion entstehen, wie ein mitgeteilter Fall erweist, in welchem durch eine Nephropexie an tieferer Stelle die Symptome befestigt wurden.

Kongenitale Verlagerung.

Ekler (7) fand bei einer Gravida im dritten Monat einen linksseitigen Tumor, der für eine Ovarialzyste gehalten wurde. Die Laparotomie ergab eine linksseitige Beckenniere, die wegen geringer Beweglichkeit etwas weiter oben an der vorderen Bauchwand fixiert

wurde. Sie sank aber wieder ins Becken hinunter und es entstand eine schwere rechtsseitige Pyelitis, die zur künstlichen Aborteinleitung Veranlassung wurde.

Falgowski (9) beschreibt eine linksseitige Beckenniere mit grosser, ihren Rücken schmalbasig aufsitzenden, mit kleiner gelblicher Flüssigkeit gefüllter Solitärzyste, die wegen Lagerung im Becken und wegen Fehlens jeglicher Nierensymptome für eine Ovarialzyste gehalten wurde. Da die Zyste bei der Operation sich nicht ausschälen liess, wurde die ganze Niere exstirpiert; sie erwies sich amyloid degeneriert und mit älteren und frischeren tuberkulösen Herden durchsetzt und zeigte zugleich arteriosklerotische Gefässveränderungen. Auch die Nierentuberkulose war symptomlos geblieben; die Verlagerung der Niere ins Becken und die damit verbundenen Traumen wurden als Prädisposition zur Tuberkuloseentwickelung angesehen.

Lejars und Rubens-Duval (15) wiesen in ektopischen, nicht eigentlich erkrankten Nieren Veränderungen sowohl am Epithel der Kanälchen als besonders sklerosierende, interstitielle Veränderung mit Bildung eigentümlicher heller Zellen nach, wie sie auch in Hypernephromen vorkommen. Solche Nieren können durch Druck auf die Nachbarorgane und durch hochgradige Schmerzanfälle Anlass zu chirurgischen Eingriffen werden, welche in erster Linie, wenn sie äusserlich keine Veränderungen erkennen lassen, in Aufwärtsdislokation und Fixation, oder in Nephrektomie bestehen, je nach dem Zustande der anderen Niere.

Rössle (24) beobachtete eine doppelseitige Beckenniere (beide waren Kuchennieren) bei einer 43 jährigen Kranken; der Tod erfolgte an innerer Einklemmung einer Dünndarmschlinge, die wahrscheinlich in den verengten Beckeneingang durch Niere und gefüllte Harnblase bewirkt worden war. In einem zweiten Falle fand sich als zufälliger Sektionsbefund bei einem 16 jährigen Mädchen eine linksseitige, tief verlagerte Kuchenniere und gleichzeitig ein linksseitiges Nebenovarium.

7. Hydronephrosen; Zysten.

1. Aleman, O., Rechtsseitige intermittierende Hydronephrose, verursacht durch zwei akzessorische Nierenarterien und geheilt durch deren Beseitigung. Nord. Med. Ark. Bd. 45. Chirurg. Abt. Nr. 4. (Durch zwei akzessorische Gefässe, die unten an der Vorderseite des Harnleiters unmittelbar unter seiner Ursprungsstelle inserierten; Laparotomie.)
2. *Anglada, J., Etude anatomo-pathologique et classification pathogénique d'un cas de reins polykystiques bilatéraux. Journ. d'Urol. Bd. 3. p. 139.
3. Aschoff, L., Kritisches zur Lehre von der Nephritis und den Nephropathien. Med. Klinik. Bd. 9. p. 18. (Rechnet zu den Nephropathien auf formativer Basis die angeborene Zystenniere, die hydronephrotische Schrumpfniere und den Nierenkrebs, zu den Nephropathien auf entzündlicher Basis die Nephrocirrhosis tuberculosa.)
4. d'Astros, Angeborene Hydronephrose. Bull. de la Soc. de Péd. de Paris. p. 435. (Siebenjähriges Kind; seit Geburt bestehender Tumor, der bei der Operation neun Liter Flüssigkeit enthielt.)
5. *Barnett, Ch. E., Einseitige polyzystische Niere. The urol. and cut. Review. Juli. p. 353.
6. Bauer, R., Hydronephrotische und stellenweise verkalkte Niere. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilkunde Wien. Sitzg. vom 5. Juni. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 26. p. 1143. (Hydronephrose traumatisch entstanden; zufällig diagnostiziert, ohne dass wesentliche Beschwerden von seiten der Harnorgane bestanden.)
7. *Berner, O., Zur Zystennierenfrage. Virchows Archiv. Bd. 211. Heft 2 und Norsk Mag. f. Laeg. Nr. 4.
8. van Bisselick, J. W., Occlusion intestinale aiguë par un rein polykystique. Journ. d'Urol. Bd. 2. Nr. 6. (Doppelseitige Erkrankung mit Hämaturie linkerseits und Darmkompression durch die linke Niere, die nach Anlegung einer Zökalfistel mit Erfolg dekapsuliert wurde.)
9. Bloch, A., Pyelotomie und plastische Operation am Ureter bei infizierter intermittierender Hydronephrose. Ärztl. Verein Frankfurt a. M. Sitzg. vom 6. Jan. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 381. (Abschnürung der Ureter-Abgangsstelle durch zwei Gefässbündel, die unterbunden und durchtrennt wurden, dann Pyelotomie und Dauerdrainage. Heilung.)
10. — Perforierte Hydronephrose. Ärztl. Verein Frankfurt a. M. Sitzg. vom 6. Febr. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 381. (Durchbruchstelle pfennigstückgross an

der fibrösen Kapsel in die Fettkapsel; schwierige Ausschälung der Niere, Exstirpation, Heilung.)
11. *Blum, V., Über den therapeutischen Harnleiterkatheterismus. Wiener med. Wochenschrift. Bd. 63. p. 1662.
12. *Borelius, J., Bedeutung der anormalen Nierengefässe für Entstehung und Entwickelung der Hydronephrose. Fol. Urol. Bd. 7. p. 621.
13. Bouget, Néphrectomie pour hydronéphrose. Lyon méd. p. 227. (Intermittierende Hydronephrose mit S-förmiger Abbiegung des Ureters durch eine Arterie.)
14. Bratton, H. O., Hydronephrosis with report of cases. Ohio State Med. Journ. Bd. 9. Nr. 9.
15. *Cabot, H., The diagnosis and indications for operation in early hydronephrosis. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 60. p. 16.
16. Cailliau, F., und Buriléano, Reins et foie polykystiques. Bull. et Mém. de la Soc. anat. de Paris. Nr. 3. p. 160. (Grosse doppelseitige Zystenniere als zufälliger Sektionsbefund.)
17. Caspari, Erreur dans l'appréciation par le cathétérisme du bassinet dilaté. Journ. d'Urol. Bd. 2. Nr. 4. (Der ausfliessende Eiter stammte aus mit dem Nierenbecken kommunizierenden grossen Höhlen, so dass die Grösse des Nierenbeckens nicht daraus geschätzt werden konnte.)
18. *Caulk, J. R., The etiology of kidney cysts. Annals of Surg. Bd. 57. p. 840.
19. de Crespigny, C. P. C., Polyzystische Erkrankung der Nieren; bemerkenswerte Erhaltung der Funktion in zwei Fällen beim Erwachsenen. Lancet. Bd. 1. 15. Febr. (Nierenexstirpation trotz beiderseitiger Zystenniere erfolgreich ausgeführt, schliesslich Tod an anderer Ursache; in einem zweiten Falle wurde doppelseitige Zystenniere bei der Sektion gefunden, obwohl intra vitam niemals Symptome vorhanden gewesen waren.)
20. Desgouttes, L., und R. Olivier, Rein polykystique, néphrectomie, guérison maintenue depuis 4 ans et demi. Lyon. chir. Bd. 9. p. 415. (Ein Fall von einseitiger Erkrankung; 18 Fälle aus der Literatur.)
21. Dollinger, J., Verkalkte Hydronephrose und plastische Deckung des Zwerchfells. Orvosi Hetilap. 1912. Nr. 6. Ref. Zentralbl. f. Chir. Bd. 40. p. 629. (Nach Trauma entstanden; bei der Nephrektomie wurde ein Teil des Zwerchfells mit exstirpiert und der Defekt von einem dem Quadratus lumborum entnommenen Muskellappen ersetzt.)
22. Drennen, W. E., Traumatic hydronophrosis. Annals of Surg. Bd. 57. p. 879. (Wahre traumatische Hydronephrose infolge von traumatischer Verlagerung und Ureterknickung bei Einzelniere; Inzision, Nephropexie. Heilung.)
23. *Eliot, H., Les opérations plastiques portant sur le bassinet et la partie supérieure de l'uretère dans les traitement des rétentions rénales. Journ. d'Urol. Bd. 3. p. 161.
24. Faure, Hydronéphrose. Soc. méd. des Hôp. Sitzg. vom 27. Juni. Gaz. des Hôp. Bd. 86. p. 1213. (Diagnose durch Pyelographie.)
25. Fischer, B., Doppelseitige Hydronephrose. Ärztl. Verein Frankfurt a. M. Sitzg. vom 3. März. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 669. (Klinisch unter dem Bilde der Schrumpfniere verlaufend; Urämie, Exitus.)
26. — Hydronephrose. Ärztl. Verein Frankfurt a. M. Sitzg. vom 7. April. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 1062. (Infolge Verdoppelung des sackförmig erweiterten Ureters.)
27. Forssmann, Rekonstruktion von Zystennieren, zugleich ein Beitrag zur Kenntnis der Entstehung von Zystennieren. Zieglers Beitr. z. path. Anat. u. Allg. Path. Bd. 56. Heft 3. (Retentionszysten, wobei die Unterbrechung der Kanalisation in allen möglichen Niveaus der Sammelkanäle liegt; die zystische Umwandlung ergibt sich aus der Wechselwirkung von intrakanalikulärem Druck und Gewebswiderstand.)
28. Fowler, O. S., Ureteral obstruction or beginning of intermittent hydronephrosis. Colorado Med. Denver. Bd. 10. Nr. 1.
29. *Gallant, A. E., Hydronephrosis. Med. Assoc. of the Greater City of New York. Sitzg. vom 17. März. Med. Record. New York. Bd. 83. p. 1006.
30. Gayet, Grands kystes séreux bilatéraux des reins. Soc. de Méd. de Lyon. Revue de Chir. Bd. 48. p. 982. (Ein Fall.)
31. Giuliani, Kyste hématique du rein. Journ. d'Urol. Bd. 3. p. 619. (Mandarinengrosse Blutzyste am unteren Pol der rechten Niere mit Hämaturie, nach stärkerer Anstrengung entstanden, Nephrektomie, Heilung.)

32. Giuliani, Kyste sereux du rein. Ebenda. (Orangengrosse Geschwulst der rechten Niere, für geschlossene Hydronephrose gehalten. Nephrektomie; die Zyste kommunizierte nicht mit der sonst normalen Niere; transparente, stark eiweisshaltige Flüssigkeit als Inhalt.)
33. Graves, H., A case of congenital cystic disease of the kidneys. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 1374. (Fünfjähriges Kind, Sektionsbefund.)
34. Hagedorn, Zystenniere und Ureterverschluss. Zeitschr. f. urol. Chir. Bd. 1. p. 264. (Doppelseitige Zystenniere, Verschluss des linken Ureters durch Narbenschrumpfung nach Sectio caesarea und Uterusexstirpation wegen Narbenfistel; Asymmetrie des Blasenbodens, Verziehung des rechten Ureters nach links. Nephrektomie links, danach Fieber und Anurie, trotz Sondierbarkeit des rechten Ureters. Punktion der rechten Niere mit Wiederauftreten der Harnsekretion.)
35. Harris, S. H., Acute hydronephrosis of pregnancy. Australas Med. Gaz. Sydney. Bd. 33. Nr. 9.
36. Heinsius, F., Zystenniere und Gravidität. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 73. p. 429 u. 930. (Zystenleber und rechtsseitige Zystenniere, letztere ein kindskopfgrosser Tumor mit zahlreichen Abszessen; Exstirpation 13 Tage nach der Entbindung. Exitus.)
37. v. Holwede, Beiderseitige kongenitale Zystenniere. Ärztl. Kreisverein Braunschweig. Sitzg. vom 16. Nov. 1912. Med. Klinik. Bd. 9. p. 194. (Acht Wochen altes Kind. Sektion.)
38. *Hutchinson, J., Obstruction of the ureter by aberrant renal vessels. R. Soc. of Med.; Surg. Section. Sitzg. vom 6. Mai. Lancet. Bd. 1. p. 1387.
39. Israel, W., Demonstrationen zur Nierenchirurgie. Zeitschr. f. Urol. Bd. 7. p. 263. (Angeborene Hydronephrose, die geringe Beschwerden machte, sich aber später zu einem grossen Tumor entwickelte. Exstirpation auf retroperitonealem Wege.)
40. Katzmann, Über Ureternierenbeckenplastik. Ärztl. Verein Wiesbaden. Sitzg. vom 5. März. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 1038. (Hydronephrose durch Senkung und Drehung der einzigen Niere 5 Jahre nach Nephrektomie auf der anderen Seite; Durchtrennung des Ureters, Spaltung des distalen Stückes und Einnähung der zwei Zipfel in den untersten Teil des erweiterten Nierenbeckens; Verweilsonde, Heilung.)
41. *Kawasoye, M., Ein Fall von Ureterverschluss durch Knotenbildung. Zeitschr. f. gyn. Urol. Bd. 4. p. 159.
42. *— Ein weiterer Beitrag zur anatomischen Veränderung der Nieren nach dem künstlichen Ureterverschluss. Zeitschr. f. gyn. Urol. Bd. 4. p. 107.
43. Kroiss, Zystenniere. Ges. d. Ärzte Wiens. Sitzg. vom 31. Okt. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 26. p. 1869. (Linksseitig, Nierenschmerzen. Nephrektomie. In der Diskussion führt Pleschner günstige Fälle von Nephrektomie bei Zystenniere an, während Blum zunächst nur die Dekapsulation für berechtigt erklärt.)
44. *Lajoscade, E., Pathogenese der Hydronephrose bei kongenitalen Anomalien der Niere. Amer. Journ. of Urol. Bd. 9. p. 373.
45. Le Filiâtre, Gros rein polykystique suppuré avec hémorrhagie grave intrakystique; ablation chez une femme infectée très affaiblie et anemiée avec anesthésie par rachicocainisation lombo-sacrée; guérison rapide. Bull. et Mém. de la Soc. anat. de Paris. Nr. 7. p. 389. (40jährige Frau, vollständiger Verlust des Parenchyms.)
46. Malcolm, J. D., Nephrectomy for hydronephrosis. R. Soc. of Med. Clin. Section. Sitzg. vom 10. Jan. Lancet I. p. 171. (Obliteration des Ureters infolge von vor 13 Jahren ausgeführter Pyelolithotomie und Bildung einer Hydronephrose; Nephrektomie, Heilung.)
47. Malcolm, Partial hydronephrosis. R. Soc. of Med. Clin. Section. Sitzg. vom 10. Jan. Lancet. Bd. 1. p. 172. (Durch Stein bewirkt, der einige Kelche verstopfte; Resektion der Niere, Heilung. 15 Jahre vorher war durch Nephrolithotomie ein Stein entfernt worden.)
48. *Marchais, P., Diagnosis of hemorrhage in hydronephrosis. Amer. Journ. of Urol. Bd. 9. Nr. 1.
49. Marion und Pakowski, Hydronéphrose par coudure de l'uretère sur une artère anormale. Bull. et Mém. de la Soc. anat. de Paris 1912. Nr. 9. (Arterie und Vene umfassen das Nierenbecken von vorne her und dringen in den unteren Nierenpol ein; der Harnleiter wird über diesen Gefässstrang abgebogen. Nephrotomie und wegen Atrophie des Gewebes Exstirpation.)

50. Martens, Beiträge zur Nierenchirurgie. Berl. Ges. f. Chir. Sitzg. vom 28. Juli. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 1587. (Fälle von Vereiterung polyzystischer Nieren und Hydronephrose.)
51. *Michailow, N. A., Einige neuere Angaben über die Ätiologie der Hydronephrosen. (Angeborene Missbildung des Harnleiters.) Zeitschr. f. Urol. Bd. 7. p. 564.
52. Moser, Grosser Nierentumor mit Sackniere. Ärztl. Bezirksverein Zittau. Sitzg. vom 6. Nov. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 2306. (Linkerseits, aber bis nach rechts herüberreichend.)
53. *Mosny, Javal und Dumont, Hydronéphrose de 30 litres diagnostiquée tardivement par l'examen physico-chimique du liquide. Journ. d'Urol. Bd. 3. p. 9.
54. *Neu, Semiuterus sinister rudimentarius mit komplettem Nierendefekt der gleichen Seite. Mittelrhein. Ges. f. Geb. u. Gyn. Sitzg. vom 17. Nov. 1912. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. p. 382.
55. O'Farrell, T. T., Congenital cystic kidney. R. Acad. of Med. in Ireland. Section of Path. Sitzg. vom 30. Mai. Dublin Journ. of Med. Science. Bd. 136. p. 217. (Grosse doppelseitige Zystennieren, in einer ein Stein.)
56. Pasquereau, Kyste séreux du rein. Soc. anat. de Nantes. Revue de Chir. Bd. 47. p. 775. (Mit starken Adhäsionen in der Umgebung. Exstirpation der Niere wegen beträchtlicher Herabsetzung der Funktion.)
57. Payr, Kongenitale Zystenniere und Karzinom der Vaterschen Papille. Med. Ges. Leipzig. Sitzg. vom 20. Mai. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 1408. (Grosse linksseitige Zystenniere mit Kompression des Colon descendens und Erkrankung auch der anderen Seite.)
58. Pereschiwkin, Zur Diagnostik der Pyeloektasien. Russki Wratsch. Nr. 35. (Pereschiwkin empfiehlt die Pyelographie nach Einspritzung von Kollargollösung [5—10%] mittelst Ureterenkatheter.) (H. Jentter.)
59. Purslow, C. E., Cystic tumour of the kidney. Midland Obst. and Gyn. Soc. Sitzg. vom 8. April. Lancet. Bd. 1. p. 1243. (Die Geschwulst war von der Grösse eines im 7. Monate schwangeren Uterus und wurde nicht in der Lendengegend, sondern im Scheidengewölbe gefühlt und für ein Ovarialkystom gehalten. Die Exstirpation geschah durch Laparotomie. In der Diskussion werden ähnliche Fälle von Swayne, Clare und Wilson erwähnt, von letzterem eine vereiterte Hydronephrose in der Schwangerschaft, die für einen Ovarialtumor mit Stieldrehung gehalten wurde.)
60. Recasens, Cas d'hydronéphrose et d'inflammation de la vésicule biliaire. Acad. R. de Méd. de Madrid. Sitzg. vom 8. März. Revue de Chir. Bd. 48. p. [illegible]. (Der fühlbare Tumor war von einer Hydronephrose und einer entzündeten Gallenblase gebildet.)
61. Reinhart, Hydronephrose. Ärzteverein Wiesbaden. Sitzg. vom 21. Mai. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 1375. (Starke Blutungen der Granulationsgefässe der Innenwand des Sackes durch äussere Gewalteinwirkung.)
62. *Rischbieth, H., und C. P. C. De Crespigny, Polycystic diseases of kidneys. Lancet. Bd. 1. p. 450.
63. *Rössle, Fälle von selteneren Hydronephrosen. Med.-naturwissensch. Ges. Jena. Sitzg. vom 26. April. Med. Klinik. Bd. 9. p. 1435.
64. Die Rolle der abnormen Gefässe bei der Entstehung der Hydronephrose. New York Med. Journ. Bd. 97. p. 614. (Redaktioneller Übersichtsartikel über den ursächlichen Zusammenhang der Hydronephrose mit akzessorischen Gefässen.)
65. Rosner, Fall von Hydronephrose, diagnostiziert mittelst Chromokystoskopie. Przeglad Lek. 1912. Nr. 7.
66. Roth, M., Zystennieren. Berl. urol. Ges. Sitzg. vom 15. April. Berl. klin. Wochenschrift. Bd. 10. p. 939. (Doppelseitige kindskopfgrosse Tumoren, initiale Blutungen während der Schwangerschaft, Funktionsstörung der Nieren durch Phloridzin und Indigkarmin nachgewiesen; klarer, sehr dünner Harn.)
67. Scherer, Sándor, Hydronephrosis. Aus der Sitzg. der gyn. Sektion d. kgl. Ärztevereins am 3. Juni. Ref. Orvosi Hetilap. Gynaekologia. Nr. 3—4. (Bericht über einen Fall von Hydronephrose, auf transperitonealem Wege exstirpiert.) (Temesváry.)
68. Scott, G. D., Hydronephrosis produced by experimental ureteral obstruction. Indiana State Med. Assoc. Journ. Bd. 6. Nr. 8.
69. Shaw, E. H., Hydronephrosis. Med. Soc. of London. Sitzg. vom 14. April. Lancet. Bd. 1. p. 1169. (Hoher Ursprung und Knickung des Ureters, kongenital; Exstirpation.)

70. Steiner, V., Cystennieren. Berl. urol. Ges. Sitzg. v. 15. IV. Berl. klin. Wochenschrift Bd. 50. p. 939. (Grosser höckeriger Tumor rechts, kleiner Tumor links; Röntgendiagnose; geringer Eiweissgehalt des Harns.)
71. Steinthal, Linksseitige Hydronephrose. Ärztl. Verein Stuttgart. Sitzg. vom 10. Okt. 1912. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 46. (Einer Hufeisenniere angehörig. Abtragung.)
72. Stokes, H., Congenital cystic kidneys. R. Acad. of Med. in Ireland. Section of Path. Sitzg. vom 30. Mai. Dublin Journ. of Med. Science. Bd. 136. p. 217. (Doppelseitig, Probelaparotomie, Exitus.)
73. Thatcher, L., Congenital defect of the abdominal muscles and anomaly of the urinary apparatus. Edinburgh Med.-Chir. Soc. Sitzg. vom 7. Mai. Lancet. Bd. 1. p. 1456. (Partieller Defekt der Bauchmuskeln mit hochgradiger hypertrophischer Dilatation der Blase, starke Dilatation der Ureteren, Hydronephrose; Sektionsbefund.)
74. Thorberg, F., Operierte Nierenzyste. Hospitalstid. Bd. 51. Nr. 13. (Vollständige Ausschälung der Zyste; 36jährige Frau.)
75. Torrance, G., Nephrektomy for polycystic condition of the kidney. Amer. Assoc. of Obst. and Gyn. 25. Jahresversamml. Amer. Journ. of Obst. Bd. 67. p. 736. (Rechtsseitige Zystenniere mit Anfällen von Schmerzen und Blutungen; Nephrektomie, Heilung.)
76. Tovey, D. W., Hydronephrosis due to stricture of the lower ureter cured by dilatation. New York Acad. of Med. Sect. in Obst. and Gyn. Sitzg. vom 22. Mai. Amer. Journ. of Obst. Bd. 68. p. 782. (Kontrolle durch Pyelographie vor und nach der Behandlung.)
77. Vené, Zystenniere und Zystenleber. Med. Ges. Leipzig. Sitzg. vom 20. Mai. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 1409. (Anatomische Beschreibung des Falles von Payr.)
78. *Violet, Ligature de l'uretère chez un malade. Soc. nat. de méd. de Lyon. Sitzg. vom 25. Nov. 1912. Lyon méd. 1912. p. 1127.
79. *Voelcker, F., Über Dilatation und Infektion des Nierenbeckens. Zeitschr. f. urol. Chir. Bd. 1. p. 112.
80. *Walker, J. W. Th., The early diagnosis of hydronephrosis by pyelography and other means. Annals of Surg. Bd. 58. p. 766.
81. Weiser, A., Ein Fall von kongenitaler Dilatation der Blase, der Ureteren und des Nierenbeckens mit Zystennieren. Inaug.-Diss. Bonn 1912. (Genaue anatomische Beschreibung; rechts Hydronephrose und Hydroureter, links kleinzystische Niere; beide Ureterenostien nach der Blase klaffend.)
82. Williams, W. R., Dermoids of the kidney. Lancet. Bd. 1. p. 561. (Aufzählung einiger Fälle aus der Literatur.)
83. Williamson, Ch. S., Zystennieren. Deutsche med. Ges. Chicago. Sitzg. vom 8. Mai. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 1916.
84. *Winkler, Experimentelle Untersuchungen zur Pathologie der Hydronephrose. Verhandl. d. XV. Tagung d. deutsch. path. Ges. 1912. April.
85. Young, J. V. D., Hydronephrosis containing twelve quarts, removed trough an anterieur incision, recovery. New York Acad. of Med. Section on Obst. and Gyn. Sitzg. vom 23. Jan. Med. Record. New York. Bd. 83. p. 64. (Seit 15 Jahren Beschwerden, aber keine Symptome von seiten der Harnorgane; seit 5 Jahren bestand der Tumor in gleicher Grösse. Laparotomie, Inzision der vorderen Sackwand, von hier aus Ausschälung, Ligatur des Stieles und Exstirpation.)

Hutchinson (38) beschreibt 21 Fälle von Kompression des Ureters durch aberrierende akzessorische Nierengefässe und fand, dass die Symptome in zwei Drittel der Fälle im Alter zwischen 15 und 25 Jahren auftreten. Die rechte Niere ist doppelt so häufig als die linke, das männliche Geschlecht doppelt so häufig als das weibliche befallen. Das Gefäss verläuft meistens hinter dem Ureter. Die Schmerzattacken, die häufig von Erbrechen begleitet sind, werden durch die Ausdehnung des Nierenbeckens bewirkt. Die Operation ist womöglich auszuführen, bevor eine permanente Hydronephrose mit Schädigung des Parenchyms aufgetreten ist, und besteht in lumbaler Freilegung der Niere und Durchtrennung des Gefässes, bei beweglicher und gesenkter Niere zugleich in Nephropexie. In einem Fünftel der Fälle musste die Niere exstirpiert werden. Die Anfälle können zur Verwechslung mit Appendizitis Veranlassung geben.

Gallant (29) beschuldigt als sehr häufige Ursache der Hydronephrose, welche er mittelst Bettruhe unter Erhöhung des Fussendes des Bettes, dann durch Bandagen und Allgemeintherapie zu behandeln vorschlägt; von der Nephropexie erwartet er wegen der gleichzeitigen Enteroptose keinen Erfolg.

Cabot (15) sieht als Ursachen der Hydronephrose Beweglichkeit der Niere ohne Beweglichkeit des oberen Ureterabschnittes und abnorme Nierengefässe an. Die Diagnose hat zunächst die Obstruktion der oberen Harnwege festzustellen, was am besten durch Kystoskopie, Ureterkatheterismus und Pyelographie erreicht wird. Die Therapie besteht in Nephropexie und Befreiung des oberen Ureterabschnittes aus etwaigen Adhäsionen und Beseitigung etwaiger Knickungen.

Lajoscade (44) erklärt die kongenitale Beckenniere selten für eine Disposition zu Hydronephrose, weil sie meist fixiert ist, sie kann jedoch, besonders durch Schwangerschaft, sekundär beweglich werden, so dass der Ureter geknickt oder komprimiert wird. Als häufigste Disposition der Hydronephrose werden akzessorische Gefässe beschuldigt. Desgleichen wirkt die Hufeisenniere disponierend, besonders bei Gravidität, wenn sie zugleich vor dem Sakrum gelagert ist.

Borelius (12) fand unter 11 Fällen von Hydronephrose 5 von abnorm verlaufenden Gefässen. Sie sind eine häufige Ursache der Hydronephrosenbildung, wenn sie entweder vor dem Ureter gegen den unteren Rand des Hilus oder hinter dem Ureter gegen den vorderen Rand des Hilus verlaufen, jedoch sind sie nicht die alleinige Ursache; von Wichtigkeit ist ausserdem die Beweglichkeit und die Senkung der Niere.

Rössle (63) beobachtete als Ursachen von Hydronephrose Koprostase im Kindesalter, Hirschsprungsche Krankheit, Verengerung der Ureterenmündung mit Verdoppelung des Ureters und blinder Endigung des einen Ureters (Fall bei einem neugeborenen Mädchen), vielleicht auch abnormes Längenwachstum mit Schlängelung des Ureters (Fall bei einem fünf Wochen alten Mädchen). Endlich wurde Ureterstenose und sklerotische Erweiterung der Blase ohne peripheres Abflusshindernis bei langer Flexura sigmoidea bei einem neugeborenen Zwillingsknaben beobachtet, bei dessen Zwillingsschwester Megakolon congenitum ohne Ektasie der Harnwege bestand.

Michailow (51) beschreibt eine Hydronephrose infolge von 4 cm langer papillenähnlicher Einstülpung des oberen Ureterendes in den Sack. Nach Spaltung des Sackes wurde die Papille ebenfalls seitwärts gespalten und Schleimhaut mit Schleimhaut vernäht, so dass eine klaffende Kommunikation entstand. Das Nierenbecken wurde drainiert und reingespült, später nach Erweiterung der Lumbalfistel geschlossen.

Kawasoye (41) fand die Niere eines Versuchstieres, deren Ureterverschluss 309 Tage gedauert hatte, zu einem grossen hydronephrotischen Sack verändert und das Gewebe grösstenteils durch Bindegewebe ersetzt, wenn auch einzelne Glomeruli und Harnkanälchen noch erhalten waren und vielleicht noch funktionierten. Am widerstandsfähigsten hatten sich die Glomeruli erwiesen. Die andere Niere war in keiner Weise verändert.

Kawasoye (42) beschreibt ferner einen Fall, in welchem der Ureter bei der Exstirpation eines Uteruskarzinoms nach Resektion der Blase und des unteren Ureterteils durch Knotung verschlossen worden war. Es fand sich an der Ligaturstelle (Catgutfaden) kein Einbruch in das Ureterlumen, dagegen entstand an zwei Stellen des Knotens eine viel stärkere Verengerung des Ureterlumens als beim Tier infolge von Beeinflussung der Ernährung der Ureterwand durch die Entzündung und Freilegung des submukösen Gewebes durch die Abstossung des Epithels. Während ein Einbruch des Ligaturfadens und eine Harninfiltration ausgeschlossen erscheint, kann die Rundzelleninfiltration vom paraureteralen Gewebe aus auf die Ureterwand übergreifen und durchbrechen, so dass Harn von innen nach aussen durchsickerte. Besonders ist dies bei Infektion möglich. Es soll deshalb nach Stöckel möglichst hoch, also ausserhalb der Wundhöhle, ligiert werden.

Violet (78) fand nach Ureterligatur (doppelte Seidenfadenligatur mit 2 cm Abstand) sofortige Behinderung des Harnabflusses ohne Erweiterung des Nierenbecken; wenn eine Erweiterung schon bestand, kann sich diese vergrössern. Bei Abnahme der Ligatur nach zwei Wochen kann die Niere die Funktion wieder aufnehmen; eine Atrophie wurde selbst sechs Monate nach Anlage der Ligatur nicht beobachtet. Die Ligierung verursacht keine alarmierenden Symptome, so dass sie zur Exklusion der Niere, z. B. bei Nierentuberkulose, verwendet werden kann.

Walker (80) hebt die Wichtigkeit der Frühdiagnose der Hydronephrose hervor, weil bei längerem Bestehen und Zunahme der Dilatation das Nierengewebe immer mehr geschädigt und die Funktion herabgesetzt wird. Die Symptome einer Dilatation, bevor

eine Nierenvergrösserung nachweisbar ist, sind nicht verlässig. Das sicherste diagnostische Mittel ist die Pyelographie. Hierbei werden zwei Formen der beginnenden Hydronephrose unterschieden, die „renale“ Form, bei welcher die erweiterten Kelche einzeln sich in den Nierenschatten hinein erstrecken, und die „Beckenform“, bei welcher die normale Trichterform des Nierenbeckens allmählich eine Kugelform annimmt. Zur Ausführung wird Kollargol verwendet, aber nicht injiziert, sondern man lässt es durch Flüssigkeitsdruck einfliessen; die zur Verwendung kommenden Katheter sind in regelmässigen Abständen imprägniert.

Voelcker (79) bezeichnet als sicheres Merkmal der beginnenden Nierenbeckenerweiterung den Nachweis von Residualharn im Nierenbecken. Der Grad der Erweiterung ist durch Pyelographie nachzuweisen — ausgenommen bei Pyonephrose. Es werden primäre aseptische Dilatation — Pyelektasie oder Dilatation des anatomischen Nierenbeckens, Nephrektasie oder Dilatation des Nierenbeckens und der Kelche und Sackniere oder Uro- oder Hydronephrose —, primäre Dilatation mit sekundärer Infektion —, Kombinationspyonephrose, Dilatationspyelitis und Dilatationspyonephrose, endlich primäre Infektion — Infektionspyelitis ohne Dilatation und Infektionspyonephrose durch multiple Kavernenbildung im Parenchym — unterscheiden.

Blum (11) bezeichnet die einfache Dilatation des Nierenbeckens ohne Atrophie der Niere als die typische Form der Hydronephrose bei Nephroptose, dagegen die Erweiterung der Calices mit Schwund des Parenchyms für die typische Form bei normal gelagerter und fixierter Niere, und führt im ersten Fall die Nachgiebigkeit der Nierenbeckenwand auf die Relaxation des peripelvinen Gewebes zurück. Zum therapeutischen Ureterkatheterismus eignen sich nur Fälle mit reichlich gesundem Parenchym, dessen Funktion durch die Funktionsprüfungsmethoden zu ermitteln ist, dagegen wird die Pyelographie verworfen. Als besonderes Symptom der intermittierenden Hydronephrose wird der zyklische Verlauf der Indigkarminprobe nach Feststellung der Einseitigkeit hervorgehoben, ebenso das Kapsammersche Zeichen des reichlicheren Ausflusses aus dem Harnleiterkatheter bei Druck auf die Nierengegend und in infizierten Fällen die stärkere Trübung der letzten Tropfen des aus dem Ureterkatheter ausfliessenden Sekrets. Besonderes Gewicht wird endlich auf die Aichung des Nierenbeckens gelegt. Der therapeutische Ureterkatheterismus ist angezeigt bei völliger Retention infolge von Steineinklemmung, bei kongenitalen und erworbenen Hydronephrosen und Hydroureter, bei Pyelitis und Pyelonephritis, besonders in der Schwangerschaft, endlich als Vorbereitung chirurgischer Eingriffe bei Pyelitis calculosa und gynäkologischen Operationen. Bei einseitigem Steinverschluss (Okklusion einer Niere mit guter Funktion oder bei reflektorischer Anurie der andern oder Okklusion des Ureters bei Solitärniere) ist womöglich der Harnleiterkatheterismus zur Dauerdrainage anzuwenden, dagegen ist bei doppelseitigem Steinverschluss sofort zu operieren. Bei Harnstauung infolge von Wanderniere ist der Ureterkatheterismus kombiniert mit Reposition der verlagerten Niere besonders erfolgreich, ebenso bei Pyelitis, vor allem in der Schwangerschaft, zusammen mit Spülung des Nierenbeckens.

Eliot (23) sammelte 111 Fälle von plastischen Operationen am Nierenbecken und oberen Ureterabschnitt, die in 74 Fällen wegen Hydronephrose, in 37 wegen Hydropyonephrosen ausgeführt worden waren. 11 Fälle betreffen die Durchschneidung des pyeloureteralen Sporns (7 Heilungen), 27 die Fingersche Ureteropyeloplastik (19 Heilungen), 18 die Neueinpflanzung des Ureters ins Nierenbecken nach Küster (7 Heilungen), 25 die laterale Ureteranastomose (12 Heilungen), 10 die Pyeloplicatio (8 Heilungen), 10 die orthopädische Resektion des Nierenbeckens (alle geheilt) und 10 kombinierte Methoden (7 Fälle), ausserdem 4 Fälle von Nephrocystoanastomose (alle geheilt). Als zwingende Indikationen werden Solitärniere und Atrophie oder wesentliche Funktionsstörung der anderen Niere genannt, als Indikation der Wahl vor allem aseptische oder wenig infizierte Retentionsfälle bei genügend funktionsfähigem Parenchym, während bei Pyonephrose die Nephrektomie oder im Fall einer konservativen Behandlung die zweizeitige Operation (erst Nephrostomie, dann plastische Operation) in Frage kommt. Unter den plastischen Operationen wird bei durchgängigem Ureter die Kapitonnage oder orthopädische Resektion des Nierenbeckens, bei verengtem Ureter die terminale oder laterolaterale Anastomose mit eventueller Resektion des Nierenbeckens bevorzugt.

Heidler (g. 5, 24) beschreibt fünf Fälle von Hydronephrose, darunter eine angeborene und eine infizierte. Fünfmal wurde nephrektomiert, darunter einmal sekundär nach Nephrektomie.

Neu (54) beschreibt eine grosse rechtsseitige Hydronephrose bei fehlender linker Niere und Gravidität im dritten Monat in einem Uterus unicornis sinister.

Mosny, Javal und Dumont (53) beschreiben eine nach Punktion rasch wieder ersetzte Flüssigkeitsansammlung im Abdomen einer 28jährigen Kranken; dieselbe wurde für Bauchfelltuberkulose oder Ovarialzyste gehalten, jedoch ergab die Untersuchung der Punktionsflüssigkeit eine enorme Hydronephrose, was durch die Sektion (eine Operation war wegen hochgradiger Kachexie unmöglich) bestätigt wurde.

Marchais (48) macht auf die Schwierigkeit der Diagnose bei Blutung in einen hydronephrotischen Sack aufmerksam. Die Prognose ist ernst und gewöhnlich ist die Nephrektomie auszuführen. Die häufigste Ursache ist ein Trauma gegen die Sackniere.

Zystennieren.

Anglada (2) betont auf Grund eines Sektionsbefundes von doppelseitiger Zystenniere (anderweitige Todesursache), dass die polyzystische Nierendegeneration nicht durch eine einzelne der bekannten Ursachen (Entzündung, Neubildung oder Missbildung) hervorgerufen wird, sondern dass im Einzelfalle eine genaue anatomische Untersuchung notwendig ist, um die Ursache festzustellen. Der beschriebene Fall wird als kongenitale Zystenniere gedeutet.

Barnett (5) führt die erworbene polyzystische Niere auf eine Nephritis oder Pyelopapillitis mit Hyperplasie des Bindegewebes und Obstruktion der Harnkanälchen zurück. Unter Mitteilung eines Falles von Vergrösserung der Niere um das Doppelte (Nephrektomie) stellt er die Ansicht auf, dass die Affektion öfters als angenommen wird, eine einseitige ist.

Berner (7) erklärt die Zystenniere als Folge der ausgebliebenen Verbindung zwischen den ursprünglich getrennten Abschnitten der Harnkanälchen, was aber nicht auf entzündlichen Prozessen beruht; es handelt sich nicht nur um eine Missbildung, sondern auch um eine in das Gebiet der Geschwulstbildung hineinreichende Neubildung (Proliferation des Epithels), indem sich Reste des metanephrogenen Gewebes fanden, aus denen multiple kleine Zysten hervorgingen. Manche Zystennieren bieten das Bild von Mischgeschwülsten, jedoch wurden quergestreifte Muskelfasern niemals gefunden.

Caulk (18) beschreibt einen Fall von solitärer walnussgrosser Zyste in einer Nierenpapille mit dichter Sklerose und Kalkinkrustation des Gewebes der Papille. Die Radiographie erwies einen Schatten in der rechten Niere, so dass unter Annahme eines Steines die Niere freigelegt wurde. Die Zyste wurde nach Inzision ausgeschält und die Nierenwunde geschlossen. Heilung.

Rischbieth und de Crespigny (62) beschreiben zwei Fälle von kongenitaler doppelseitiger Zystenniere ohne Symptome von seiten der Harnorgane. Im ersten Falle war die linksseitige Zystenniere exstirpiert worden und bei der Sektion sechs Jahre später (anderweitige Todesursache), erwies sich auch die zurückgebliebene Niere als polyzystisch degeneriert. Im zweiten Falle handelte es sich um einen zufälligen Sektionsbefund. Es wird auf die Koinzidenz mit anderen Missbildungen (im ersten Falle des Herzens) hingewiesen.

8. Eiterinfektionen der Niere.

1. *Albrecht, Zur Therapie der schweren Fälle von Schwangerschaftspyelonephritis. Gyn. Ges. München. Sitzg. vom 14. Nov. 1912. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. p. 267.
2. Alksne, Rechtsseitige Pyonephrose. Ges. prakt. Ärzte Libau. Sitzg. vom 21. März St. Petersb. med. Zeitschr. Bd. 38. p. 318. (Infolge Nephroptose und Ureterenknickung bei Schwangerschaft; Nephrektomie.)
3. *Asch, Serologie und Vakzinetherapie in der Urologie. IV. Kongr. d. Deutsch. Ges. f. Urol. Berlin. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 2275.
4. *Ayres, W., Colon bacillus infection of the kidney. Med. Record. New York. Bd. 83. p. 968.
5. *Baetzner, W., Beitrag zur Kenntnis der Pyelitis granulosa. Zeitschr. f. urol. Chir. Bd. 1. p. 285.
6. *Bäumer, E., Erfahrungen mit Hexal (sulphosalizylsaures Hexamethylentetramin). Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 1308.
7. Barker, L. F., The commoner forms of renal disease with special reference to the knowledge of them most useful at present to the general practitioner. Amer. Journ. of Med. Sciences. Bd. 145. p. 42. (Übersichtliche Darstellung; zu den aszendierenden Erkrankungen werden ausser den Abflusshindernissen die eitrigen Infektionen und die Tuberkulose gerechnet.)

8. *Bartlett, Ch. J., Pyelitis beim Erwachsenen. New York Med. Journ. Bd. 98. p. 757.
9. — Pyelitis. Connecticut State Med. Soc. 121. Jahresvers. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 61. p. 302. (Empfehlung von Hexamethylentetramin in grossen Dosen oder von autogener Vakzine.)
10. *Bauereisen, A., Ein Fall von postoperativ entstandener Perinephritis serosa. Zeitschrift f. gyn. Urol. Bd. 4. p. 124.
11. Bernasconi und Laffont, Ein Fall von Deflorationspyelitis. Bull. de la Soc., d'obst. et de gyn. de Paris. Nr. 6. (Drei Tage nach der Hochzeit aufgetreten, linksseitig, durch Nierenbeckenspülung geheilt.)
12. De Beurmann und Gougerot, Hansensche Bazillurie und Bazillämie. Lepra, Bibliothek. intern. Bd. 14. Heft 2. (Neue Form von Nephritis leprosa mit lepröser Hämaturie, ferner Fall von Bazillämie und Bazillurie ohne erwähnenswerte Nierenveränderungen.)
13. *Beyer, W., Diphtheriebazillen im Harn. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 240.
14. De Blasi, A., Doppelseitiger perinephritischer Abszess. Gazz. degli osped. e d. clin. 1912. Nr. 105. (Mit Pneumonie und Empyem der Pleura. Inzision.)
15. Boulanger, L., Urétrocystite gonococcique; uropyonéphrose droite, néphrostomie; pyonéphrose gauche, pyélotomie postérieure, néphrectomie secondaire tardive, guérison. Fol. urol. Bd. 7. p. 693. (Inhalt aus Titel ersichtlich.)
16. *Brewer, G. E., Akute hämatogene Infektion der Niere. XVII. internat. med. Kongr. London. Sect. f. Urol. Wiener med. Wochenschr. Bd. 63. p. 2107.
17. Brinchmann, Formaldehyd im Urin nach Hexamethylentetramin. Norsk. Mag. f. Laegevidensk. Nr. 10. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 2314. (Kontrolle der Burnamschen Reaktion, die besonders im sauren Harn positives Resultat ergibt.)
18. *Brongersma, H., Pyelitis der Schwangeren. Tijdschr. v. Geneesk. Nr. 11.
19. *Burnham, A. C., Hexamethylenamine in surgery. Med. Record. New York. Bd. 84. p. 15.
20. Cash, W. L., Perinephritis. Kentucky Med. Journ. Bd. 11. Nr. 11.
21. *Cohn, Th., Niereneiterungen. IV. Kongr. d. Deutsch. Ges. f. Urol. Berlin. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 2279.
22. *— und H. Reiter, Klinische und serologische Untersuchungen bei Harneiterungen durch Bacterium coli. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 441 ff.
23. Collica, F., Considerazioni sulla patologia e chirurgia delle infezioni renali. Clinica chirurg. 1912. p. 1237. (Ein Fall von Pyonephrose durch Proteus, einer mit Stein und subphrenischem Abszess, der sich in den Magen entleerte und ein Fall von partieller Pyonephrose, der wegen Pyelitis der anderen Seite nephrotomiert wurde; die anderen Fälle wurden nephrektomiert.)
24. *Condon, A. P., Unilateral septic infection of the kidney. New York. Med. Journ. Bd. 98. p. 279.
25. Conradi, H., und Bierast, Über Absonderung von Diphtheriekeimen durch den Harn. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 38. Nr. 34. (In einem Drittel der Fälle von Diphtherie enthielt der Harn Bazillen.)
26. *Croom, H., Affections of the urinary tract complicating pregnancy. Brit. Med. Assoc. 81. Jahresvers. Sect. of Gyn. and Obst. Brit. Med. Journ. Bd. 2. p. 991.
27. Cuntz, W., Über ungünstige Wirkungen des Hexamethylentetramins. (Urotropins) Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 1656. (Beobachtete Albuminurie, Hämaturie und Blasenreizung.)
28. *Cuturi, F., Sulla cura delle pieliti col cateterismo utererale e lavaggio del bacinetto renale. Gazz. degli osp. e d. clin. Nr. 126.
29. *Davis, Die chirurgische Behandlung der Koliinfektion in der Schwangerschaft. XVII. internat. med. Kongr. London. Sitzg. f. Geb. u. Gyn. Münchn. med. Wochenschrift. Bd. 60. p. 2020.
30. Derjuschinsky, E. F., Vier Fälle von Nephrotomie. Chirurgija. Bd. 32. p. 394, (Zwei Pyonephrosen, zwei von Lithiasis mit Eiterung, davon eine im Wochenbett.)
31. *Duker, P. G. J., Neue Heilmittel bei Cystitis und Pyelitis. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. Nr. 12. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 2162.
32. Espérance, R. T., Die Formaldehydausscheidung durch die Nieren nach Urotropingaben. Boston Med. and Surg. Journ. Bd. 167. p. 577. (Erklärt die Formaldehyd-

ausscheidung nach Urotropingaben für individuellen Verschiedenheiten unterworfen und empfiehlt stets Kontrolle mittelst der Burnamschen Reaktion.)
33. Fayol, Pyonéphrose blennorrhagique droite. Soc. nat. de méd. de Lyon. Sitzg. vom 24. Juni 1912. Lyon méd. 1912. Nr. 38. (Vier Jahre nach Gonorrhoe; Nephroureterektomie.)
34. Fischer, B., Pyonephrose. Ärztl. Verein Frankfurt a. M. Sitzg. vom 7. April. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 1062. (Durch Kompression des Ureters durch einen abnorm verlaufenden Arterienast.)
35. — Chronische Pyelonephritis durch Dauerkatheter bei Sectio alta. Ärztl. Verein Frankfurt a. M. Sitzg. vom 18. August. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 2084.
36. *Foster, C. S., Acute unilateral hematogenous nephritis. Amer. Journ. of Obst. Bd. 38. p. 1157 u. 1171.
37. Fowler, H. A., Geschlossene tuberkulöse Pyonephrose. Amer. Assoc. of gen.-ur. Surg. 27. Vers. vom 6. Mai. Journ. d'Urol. Bd. 4. p. 991. (Vollständig geschlossene tuberkulöse Pyonephrose mit Verschluss des Ureters und Pleuraempyem. Exstirpation. Exitus. Die Harnbeschwerden reichten auf 12 Jahre zurück.)
38. Frank, Myomectomy for necrotic fibroid during the fourth month of pregnancy; normal labor, pyelitis post partum. New York Obst. Soc. Sitzg. vom 11. März. Amer. Journ. of Obst. Bd. 68. p. 97. (Pyelitis am 12. Tage nach der Geburt aufgetreten; kurzer milder Verlauf.)
39. Freeman, R. G., Diagnosis and treatment of pyelitis in infancy. Amer. Journ. of Dis. of Childr. Chicago. Bd. 6. Nr. 2. (Empfiehlt Urotropin anfangs in kleinen, dann in grossen Dosen unter sorgfältigster Überwachung bezüglich des Eintritts von Nierenreizungszuständen.)
40. Freifeld, E., Über das Vorkommen von Diphtheriebazillen im Harn. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 1761. (Das Übertreten von Diphtheriebazillen in den Harn ist selbst bei relativ leichten Krankheitsfällen nicht selten; sekundäre diphtheritische Erkrankung der Blase, wovon ein Fall mitgeteilt wird, ist dagegen eine grosse Seltenheit.)
41. *Furniss, H. D., Postoperative renal infection. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 61. p. 957.
42. Gayet, Pyélonéphrite d'origine appendiculaire. 26. franz. Chir.-Kongr. Revue de Chir. Bd. 48. p. 761. (Die Pyelonephritis war durch die nach aufwärts vor die Niere verlagerte Appendix bewirkt; sie heilte nach Entfernung der Appendix aus.)
43. Gerhardt, Zwei Fälle von Pyelitis. Würzburger Ärzteabend vom 27. Mai. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 1629. (Anfangs Verdacht auf Typhus; in den ersten zwei Tagen weder Pyurie noch lokale Beschwerden.)
44. Giuliani, Pyonéphrose. Soc. des sciences méd. de Lyon. Sitzg. vom 20. Nov. 1912. Lyon méd. 1912. p. 1079. (Zwei Liter enthaltende Pyonephrose mit vollständigem Schwund des Parenchyms. Nephrektomie.)
45. *Glaser, F., und H. Fliess, Über Säuglingspyelitis und -Otitis media. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 1464.
46. *Goldberg, B., Die Sonderstellung der Staphylomykosen der Harnwege. Zeitschr. f. Urol. Bd. 7. p. 447.
47. *Gordon, G. S., Penalties of late diagnosis of diseases of the urinary tract. Canad. Med. Assoc. Journ. März.
48. *Gorter, Die Vakzinetherapie der Kolibazilleninfektion des Harntraktus. XVII. internat. med. Kongr. London. Sekt. f. Kinderheilk. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 26. p. 1598.
49. Gottfried, S., Fall von luetischer Nierenbeckeneiterung. Ges. d. Ärzte Wien. Sitzg. vom 8. Nov. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 26. p. 1915. (Einziges Symptom florider Syphilis, erfolgt durch Injektion von infektiöser Flüssigkeit in der Blase.)
50. Gottlieb, Nierenbeckensyphilis. Ges. d. Ärzte Wien. Sitzg. vom 7. Nov. Wiener med. Wochenschr. Bd. 63. p. 3042. (Als einziges Zeichen einer floriden Syphilis.)
51. *Green, R. M., Infections of the upper urinary tract in infancy and childhood. Boston Med. and Surg. Journ. Bd. 168. p. 645.
52. Greig, E. D. W., Cholera bacillus in urine of patients with cholera. Indian Journ. of Med. Research. Calcutta. Bd. 1. Nr. 1.
53. Guiteras, R., Geschichte einiger Fälle von funktionslosen und atrophischen Nieren. Amer. Journ. of Surg. Bd. 27. p. 136. (12 Fälle, grösstenteils durch Eiterung, Steinbildung etc. veränderte Nieren.)

54. Haeckel, Eiterniere bei einem Säugling. Wissensch. Ärzteverein Stettin. Sitzg. vom 6. Mai. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 1730. (Wahrscheinlich von einem Panaritium aus; Eröffnung eines paranephritischen Abszesses, später Exstirpation der mit Abszessen durchsetzten Niere. Heilung. Die Eiterherde enthielten Staphylo- und Streptokokken.)
55. Hamilton, C. S., Pyonephrosis in presumptive single kidney; operation, recovery. Ohio State Med. Journ. Bd. 9. Nr. 9.
56. Hamm, A., Ein seltener Fall von Kolipyämie; zugleich ein Beitrag zur klinischen Bedeutung des Bakterienanaphylatoxins. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 292. (Fall von Abortausräumung bei gleichzeitiger Kolicystitis und -Pyelitis, die in der zweiten Woche mit Pneumaturie kombiniert war; sie wurde bei der Sektion ausgeheilt gefunden. Tod an Kolipyämie.)
57. *Hanzlik, P. J., und R. J. Collins, Hexamethylenamin; liberation of formaldehyd and antiseptic efficiency under different chemical and biologic conditions. Arch. of intern. Med. Chicago. Bd. 12. Nr. 5.
58. Harpster, Ch., Gonokokkeninfektion der Niere. Amer. Journ. of Urol. Bd. 9. p. 345. (Pyonephrose mit fast vollständiger Zerstörung des Parenchyms und Verdickung der Kapsel. Nephrektomie, Heilung; der Eiter enthielt massenhaft Gonokokken.)
59. Harrigan, A. H., Acute septic infarcts of the kidney, nephrectomy, recovery. New York Ac. of Med. Sect. of Surg. Sitzg. vom 4. April. Med. Record. New York. Bd. 84. p. 636. (Operation in der Schwangerschaft; Infektion mit Staphylokokken. In der Diskussion empfiehlt Kammerer für einseitige Niereninfektion die Dekapsulation und Vosburgh teilt einen mit Nephrektomie geheilten Fall mit.)
60. *Harttung, Der Einfluss der Harnstauung auf die pyogene Niereninfektion. Südostdeutsche Chirurgenvereinigung. Sitzg. vom 22. Nov. Zentralbl. f. Chir. Bd. 41. p. 194.
61. *Hecker, H. v., Beitrag zur Bewertung der bakteriologischen Scheidensekret- und Blutuntersuchung für die Diagnose und Prognose puerperaler Infektionen. Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. 19. p. 89.
62. Heiman, H., A case of bilateral hydroureter; chronic pyocyaneus infection. Amer. Ped. Soc. Amer. Journ. of Obst. Bd. 68. p. 183. (Ursache dunkel; Behandlung mit Autovakzine mit vorläufigem günstigen Erfolg.)
63. *Hess, O., Experimentelle Untersuchungen über die Bacterium coli-Infektion der Harnorgane. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 26. Heft 1.
64. *Hinman, F., An experimental study of the antiseptic value in the urine of the internal use of hexamethylenamin. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 61. p. 1601.
65. *Hohlweg, Weitere Erfahrungen über die Behandlung der Pyelitis mit Nierenbeckenspülungen. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 1420 ff. Med. Ges. Giessen. Sitzg. vom 10. Dez. 1912. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 631.
66. Hotchkiss, On excision of the infarct in acute haematogenous infections of the kidney. Annals of Surg. Bd. 58. p. 226. (Zwei Fälle von weissem Rindeninfarkt mit Abszessbildung; Enukleation mit Tamponade; Heilung.)
67. *Hyde, F. C., Acute primary pyelitis in children. Connecticut State Med. Assoc. 121. Jahresvers. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 61. p. 303. Med. Record. New York Bd. 84. p. 131.
68. *Jacob, F. H., Vaccines and tuberculins. Nottingham Med.-Chir. Soc. Sitzg. vom 19. Nov. Brit. Med. Journ. Bd. 2. p. 1588.
69. Jacobson, H., Perinephritis. Missouri State Med. Assoc. Journ. Bd. 10. Nr. 5.
70. Jardine, R., Symmetrical necrosis of the cortex of the kidney. Edinb. Obst. Soc. Sitzg. vom 12. Febr. Lancet. Bd. 1. p. 615. (Einseitige erfolglose Dekapsulation bei Eklampsie.)
71. Jenness, B. F., Burnams test for formaldehyd in the urine. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 60. p. 662. (Die Probe besteht in Zufügen von drei Tropfen einer 0,5%igen Lösung von Salzsäure und Phenylhydrazin zu 10 ccm Harn bei Körperwärme, ferner von drei Tropfen einer 5%igen Lösung von Nitroprussidnatrium und Zufliessenlassen einiger Tropfen von gesättigter Natronlauge entlang der Epruvettenwand; es entsteht bei Formaldehydgehalt eine dunkle Purpurfärbung, die rasch in Dunkelgrün, dann in helleres Grün und in blasses Gelb übergeht.)
72. Jianu, J., Fall von doppelseitiger perinephritischer Phlegmone. Wiener klin. Rundschau. Bd. 27. p. 50. (Fall von doppelseitiger ausgedehnter Abszessbildung durch

Staphylokokken von einem Karbunkel in der Lendengegend aus. Eröffnung mit Drainage und Tamponade. Kommunikation der beiderseitigen Abszesshöhlen. Keine Staphylokokken im Blute.)
73. *Iljin, A., Über die aszendierende Infektion der Nieren nach Implantation der Harnleiter in den Darm und ihre Bekämpfung durch Schutzimpfung und Vakzinetherapie. Russki Wratsch. 1912. Nr. 21. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 663.
74. *Joergensen-Wedde, D., Über Pyelitis gravidarum. Inaug.-Diss. München 1912.
75. *Jordan, A., Report on urinary antiseptics. Brit. Med. Journ. Bd. 2. p. 648.
76. Joseph, E., Die akute septische Infektion der Niere und ihre chirurgische Behandlung. The urol. and cut. Review. Bd. 17. p. 189.
77. Israel, W., Zwei Fälle von Karbunkel der Niere. Berl. urol. Ges. Sitzg. vom 3. Dez. 1912. Med. Klinik. Bd. 9. p. 235. (Nephritis apostematosa nach Angina in einer früher durch Steinoperation und Koliken hyperämisierten Niere, ferner ein durch Ureterkatheter geheilten Fall von Surgical kidney.)
78. Keene, F. E., Value of pyelography in diagnosis of surgical diseases of kidney. Pennsylvania Med. Journ. Bd. 16. Nr. 8.
79. *Kidd, F., The diagnosis and treatment of haemic infection of the urinary tract. Practitioner. Bd. 91. p. 609.
80. Knüpffer, Pyonephrose. Ges. prakt. Ärzte Reval. Sitzg. vom 23. Jan. 1912. St. Petersb. med. Zeitschr. Bd. 38. p. 26. (Exstirpation von Niere und Ureter, der mit käsigen Massen angefüllt war; Tuberkulose.)
81. Koll, Zum Röntgennachweis paranephritischer Abszesse. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 20. Heft 3. (Vier Fälle, in welchen die Diagnose durch Röntgenstrahlen gesichert und eine präzisere Lokalisation ermöglicht wurde.)
82. *Kowanitz, O. A., Unsere Erfahrungen mit Hexal. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 26. Nr. 1.
83. Kretschmer, H. L., Pyelitis follicularis. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 17. Nr. 5.
84. *Kroemer, P., Zur Ätiologie und Behandlung der Pyelitis gravidarum. Verhandl. d. Deutsch. Ges. f. Gyn. 15. Kongr. Leipzig. p. 124. Med. Verein Greifswald. Sitzg. vom 14. Jan. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 483.
85. Küttner, Ungewöhnlicher Fall aus der Nierenchirurgie. Breslauer chir. Ges. Sitzg. vom 10. Nov. Zentralbl. f. Chir. Bd. 41. p. 21. (Linksseitige Pyonephrose in einer Hufeisenniere, Exstirpation, Urämie, bis aller Harn aus der Wunde abging; Versagen des Ureterkatheterismus und der Indigkarminprobe; nach zwei Monaten Spontanschluss der Fistel und Abgehen alles Harns mit dem Stuhl; gestörte Nierenfunktion, wahrscheinlich schwere Missbildung des Restes der Hufeisenniere.)
86. Kusnetzky, Ein Fall von Nephro-Ureterektomie wegen Pyonephrose und Pyometer, fünf Jahre nach Harnleiterverletzung bei supravaginaler Amputation des myomatösen Uterus. Journ. akusch. i shensk. bolesn. Okt. Sitzungsber. d. geb.-gyn. Ges. zu St. Petersburg. (H. Jentter.)
87. Lagane, L., Bacillurie lépreuse. Soc. de Biol. de Paris. Sitzg. vom 4. Jan. Gaz. des Hôp. Bd. 86. p. 43. (Beobachtete Leprabazillen im Harn bei leprösen Frauen zur Zeit akuter Nachschübe.)
88. *Langstein, Beiträge zur Kenntnis der Pyelitis im Kindesalter. Verein f. inn. Med. u. Kinderheilk. Berlin. Sitzg. vom 23. Juni. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 1321 u. Med. Klinik. Bd. 9. p. 1272 u. 1491.
89. *— Zur Pyelitis durch Bacterium lactis aërogenes. Verein f. inn. Med. u. Kinderheilk. Wien. Sitzg. vom 10. Nov. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 2202.
90. *Lavonius, H., Über Leukoplakiebildung im Nierenbecken. Arbeiten a. d. Institut Helsingfors. Jena, G. Fischer.
91. *Lecène, P., Un cas de leukoplasie du bassinet. Journ. d'Urol. Bd. 3. p. 129.
92. *Le Fur, La pyélonéphrite de la grossesse. Paris chir. 22. Febr. u. Paris, A. Maloine.
93. *Legueu, F., Des staphylococcémies d'origine urinaire. Journ. d'Urol. Bd. 4. p. 893.
94. Leibecke, A., Beitrag zur Sekretion des Urotropins durch Schleimhäute und seröse Häute. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 1698. (Das Urotropin kommt im Harn nach etwa einer Viertelstunde zur Ausscheidung; schädigende Wirkungen auf die Nieren — hämorrhagische Nephritis — sind in den therapeutisch üblichen Dosen denkbar, aber wahrscheinlich durch reichliche Flüssigkeitszufuhr zu verhindern.)
95. Lewis, S. E., Fall von Koliinfektion der Nieren, behandelt mit Antikoliserum. Journ. of the R. Army Med. Corps. Bd. 20. p. 386. (Fall von Infektion im Wochenbett und rasche vollständige Heilung durch Antikoliserum.)

96. Lichtenstern, R., Geschlossene Pyonephrose. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. in Wien. Sitzg. vom 13. Nov. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 26. p. 2061. (Nephrektomie in einem Falle wahrscheinlich traumatischen Ursprungs; Erwähnung von vier weiteren geschlossenen Pyonephrosen, zwei tuberkulösen, einer durch Abknickung des Ureters und eine durch Calculosis.)
97. *Lilienthal, H., Bemerkungen über Diagnostik und Behandlung bei chirurgischen Affektionen der Niere und des Ureters. Amer. Journ. of Surg. Bd. 27. p. 129.
98. — Suppurative pyelitis, nephrolithiasis, nephro-ureterectomy. New York Surg. Soc. Sitzg. vom 12. Febr. Annals of Surg. Bd. 58. p. 925. (Grosser rauher Stein im Nierenbecken mit daumendicker Erweiterung und Verdickung des Ureters infolge von Striktur beim Eintritt in die Blase.)
99. *Lindemann, A., Pathogenese und Klinik der Nierenbeckenentzündungen. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 120. Heft 5/6.
100. Luger, A., Über Kolibazillose unter dem Bilde einer akuten Polyarthritis. Wiener med. Wochenschr. Bd. 63. p. 565. (Kolibakteriurie sekundär.)
101. *Marsh, N. P., Bacillus coli infection of urinary tract in infancy and childhood. Brit. Journ. of Childr. diseases. Bd. 10. p. 385.
102. *Mason, J. M., Acute hematogenous infection of the kidney. Southern. Surg. and Gyn. Assoc. 25. Jahresvers. New York. Med. Journ. Bd. 97. p. 472.
103. Mattei, Ch., und R. de Vernejoul, Uropyonéphrose chez l'enfant ayant fait croire à un kyste du mésentère. La Pédiatrie prat. Nr. 19. p. 339. ($6^1/_2$jähriges Kind: Inzision, Fistelbildung, schliesslich Nephrektomie.)
104. *Mátyás, M., Pyelitis in der Schwangerschaft. Erdélyer Museumsverein. Sitzg. vom 19. Okt. 1912. Pester med.-chir. Presse. Bd. 49. p. 109.
105. *Mayer, A., Über Pyelitis und ihre Beziehungen zur Schwangerschaft. Verhandl. d. Deutsch. Ges. f. Gyn. XV. Kongr. Leipzig. p. 56. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 1479.
106. *Menge, Infektionsmodus der Pyelitis. Naturhist.-med. Verein Heidelberg. Sitzg. vom 1. Juli. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 1707.
107. *Michaelis, G., Serologie und Vakzinetherapie in der Urologie. IV. Kongr. d. Deutsch. Ges. f. Urol. Berlin. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 2275.
108. Morestin, Pleurésie purulente gauche; migration dans la fosse rénale. Soc. de Chir. Paris. Sitzg. vom 22. Okt. Gaz. des Hôp. Bd. 86. p. 1940. (Perinephritischer Abszess von Pleuraempyem ausgehend; lumbale Inzision, Herstellung einer Kommunikation zwischen den Eiterhöhlen, Drainage, Spülungen, Heilung.)
109. Nicolich, Sur deux cas de périnéphrite scléroadipeuse très douloureuse. Journ. d'Urol. Bd. 4. p. 69. (Zwei Fälle von Dekapsulation und Einhüllung der Niere in dickes sklerotisches Fettgewebe, nachdem häufige schwere Nierenkoliken vorausgegangen waren und einmal ein Stein entfernt worden war. Röntgenbefund negativ. Heilung und Aufhören der Schmerzen.)
110. Nixon, P. J., Pyelitis as clinical entity. Southern Med. Journ. Bd. 6. Nr. 7.
111. Ogden, M. D., Pyelitis; its differential diagnosis. Arkansas Med. Soc. Journ. Bd. 10. Nr. 3.
112. *Opitz, Neue Beiträge zur Pyelitis gravidarum. Verhandl. d. Deutsch. Ges. f. Gyn. XV. Kongr. Leipzig. p. 170.
113. — Pyelitis in der Schwangerschaft. Med. Ges. Giessen. Sitzg. vom 6. Mai. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 1706.
114. Oppel, Zur Kasuistik metastatischer Pyelonephritis. Chir. Arch. Weljam. 1912. IV. (Es bildeten sich im Wochenbett bei der 26jährigen Multipara metastatische Abszesse am Bein und in paranephritischem Bindegewebe. Nach Spaltung des letzteren blieb eine Fistel. Bei der sekundären Nephrektomie wurde Vernarbung und eitrige Infiltration des unteren Nierenpoles gefunden. Heilung.) (H. Jentter.)
115. *Oppenheimer, R., Die Pyelitis. Zeitschr. f. urol. Chir. Bd. 1. p. 17 u. Ärztl. Verein Frankfurt. Sitzg. vom 16. Dez. 1912. Med. Klinik. Bd. 9. p. 232.
116. *Palazzoli, und Vacqueret Über die Bakteriurie. Revue clin. d'Urol. Heft 1. Ref. Zeitschr. f. Urol. Bd. 7. p. 891.
117. *Pasteau, O., Pyelonephritis in der Schwangerschaft. Revue mens. de Gyn., d'obst. et de péd. Bd. 8. p. 465.
118. Payr, E., Zur Nahtsicherung bei der Pyelolithotomie. Zentralbl. f. Chir. Bd. 40. p. 547. (Bemerkung gegen Bastianelli in bezug auf die Deckung der Naht durch Fettlappen.)

119. Peck, Ch. H., Perinephritic abscess of intestinal origin, New York Surg. Soc. Sitzg. vom 22. Jan. Annals of Surg. Bd. 57. p. 770. (Lediglich Schmerzen in der linken Seite, Radiographie, Kystoskopie, und Harnuntersuchung negativ; Freilegung der Niere und Entleerung des Eiters; Austritt von Darminhalt am unteren Ende der Abszesshöhle. Drainage. Heilung unter Zurückbleiben einer Darmfistel.)
120. Pérard, Un cas d'exclusion de l'urétère iliaque; néphrectomie, guérison. Arch. prov. de chir. Nr. 2. (Fast völliger Ureterverschluss links, bei schwerer Zystopyelitis urämische Erscheinungen. Nephrostomie und Ausschaltung des im iliakalen Teile freigelegten Ureters; nach Feststellung der Funktionsfähigkeit der anderen Niere wurde in einer zweiten Sitzung die Niere exstirpiert.)
121. Petrow, Fibringerinnsel im Nierenbecken. Zentralbl. f. allg. Path. u. path. Anat. Bd. 24. Nr. 14. (Beiderseits Ausgüsse der erweiterten Nierenbecken durch gelbe, geschichtete, ziemlich derbe Fibringerinnsel, bei Diabetes.)
122. *Pousson, A., Rôle pathogénique de la périnéphrite au niveau du hile. Urol. and cut. Rev. Bd. 1. p. 59. Ref. Journ. d'Urol. Bd. 3. p. 513.
123. Proust, Pyélonéphrite appendiculaire. Soc. de Chir. Sitzg. vom 26. Febr. Gaz. des Hôp. Bd. 86. p. 398. (Pyelonephritis nach Appendixexstirpation.)
124. *Raimoldi, G., Beitrag zur Lokalbehandlung der Pyelitis. Riv. ospedal. Bd. 3. p. 475.
125. Raskay, Die Rolle des Influenzabazillus bei Erkrankungen des Urogenitalapparates. Virchows Arch. Bd. 213. p. 511. (Nieren- und Blasenerkrankungen nach Influenza mit Nachweis von Influenzabazillen im Harn.)
126. Robbert, A., Bacterium coli-Infektion der Harnwege bei einer 52jährigen Patientin mit Blasenmole. Svenska Läk. Tidn. 1912. p. 810.
127. *Rolleston, H. D., Symmetrical necrosis of the cortex of the kidneys, associated with suppression of urine in women shortly after delivery. Lancet. Bd. 2. p. 1173.
128. *Rübsamen, W., Zur Behandlung der Pyelitis gravidarum mittelst Nierenbeckenspülungen. Zeitschr. f. gyn. Urol. Bd. 4. p. 170.
129. Rumpel, Vakzinetherapie. Berl. urol. Ges. Sitzg. vom 3. Dez. 1912. Med. Klinik. Bd. 9. p. 235. (Bei Strepto- und Staphylokokken-, Kolibazillen- und Pyozyaneusinfektion empfohlen; Joseph spricht sich für Ureterkatheterismus aus; Zondek betont den Wert der Dekapsulation und der Skarifikationen bei gespannten Nieren.)
130. *— Operationen von Pyonephrosen und Steinnieren. Berl. militärärztl. Ges. Sitzg. vom 22. Jan. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 482.
131. Russell, Acute unilateral haematogenous infection of the kidney; nephrectomy. New York Surg. Soc. Sitzg. vom 22. Jan. Annals of Surg. Bd. 37. p. 760. (Blut- und Eitergehalt des Harns; Fieber.)
132. *Scheffzek, Pyonephrose. Gyn. Ges. Breslau. Sitzg. vom 4. März. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 1003.
133. *Scheidemandel, E., Die infektiösen Erkrankungen der Nieren und Harnwege. (Mit Ausnahme der Tuberkulose.) Würzburger Abhandl. a. d. Geb. d. prakt. Med. Bd. 13. Heft 7.
134. *— Über die Bedeutung der bakteriologischen Harnuntersuchung für die Diagnose und Therapie (speziell der akuten Nephritis). Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 1722.
135. *Schneider, C., Serologie und Vakzinetherapie in der Urologie. IV. Kongr. d. Deutsch. Ges. f. Urol. Berlin. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 2275.
136. *Schnitzler, J., Über metastatische Eiterungsprozesse in der Niere und um die Niere. Wiener med. Wochenschr. Bd. 63. p. 2551.
137. Shtomitch, R., Differentialdiagnose paranephritischer Abszesse. Med. Obozr. Bd. 79. Nr. 9.
138. *Smith, G. G., The excretion of formalin in the urine; an inquiry into the accuracy of Burnams test. Boston Med. and Surg. Journ. Bd. 168. p. 713.
139. *Spengler, K., Weitere Beiträge zur Pyelitis gravidarum. Inaug.-Diss. Zürich.
140. *Stoeckel, W., Pyelitis gravidarum. Med. Ges. Kiel. Sitzg. vom 24. Juli. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 2147.
141. *Stossmann, R., Neue Gesichtspunkte in der Diagnostik und Therapie der Entzündung des Nierenbeckens. Pester med.-chir. Presse. 1912. Nr. 50.
142. *Talbot, F. B., und W. R. Sisson, Some factors which influence the excretion of formalin in the urine of children and infants taking hexamethylenamin. Boston Med. and Surg. Journ. Bd. 168. p. 485.

143. *Tassius, Pyelitis in graviditate. Inaug.-Diss. Erlangen 1912.
144. *Thévenot, L., Le Phlegmone périnéphrétique chez l'enfant. Revue prat. des mal. des org. gén.-ur. Heft 1.
145. *— Phlegmon périnéphrétique ligneux de diagnostic clinique et causal difficile. Lyon chir. Bd. 10. p. 23.
146. Thomas, G. J., An apparatus for the injection and lavage of the pelves of the kidneys and the ureters. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 60. p. 184. (Der Apparat benützt lediglich die Schwere der Flüssigkeit, um Nierenbecken und Ureter zu füllen.)
147. *Thomson, J., Infection of the urinary tract in children by the colon bacillus. Lancet. Bd. 2. p. 467. XVII. internat. med. Kongr. London. Sect. f. Kinderheilk. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 26. p. 1598.
148. *Townsend, W. W., The pseudodiphtheria organism in the urinary tract. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 61. p. 1605.
149. *Townsend, T., und J. Valentine, Die Gonokokkeninfektion der Niere. Urol. and cut. Review. Bd. 1. p. 33.
150. *Volk, Serologie und Vakzinetherapie in der Urologie. IV. Kongr. d. Deutsch. Ges. f. Urol. Berlin. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 2275.
151. *Walker, J. W. Th., Urinary antiseptics. Brit. Med. Journ. Bd. 2. p. 654.
152. *v. Wassermann, Serologie und Vakzinetherapie in der Urologie. IV. Kongr. d. Deutsch. Ges. f. Urol. Berlin. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 2275.
153. *Weibel, W., Serologisches und Klinisches über Schwangerschaftspyelitis. Arch. f. Gyn. Bd. 99. p. 245.
154. *— Serologisches und Klinisches über Schwangerschaftspyelitis. Arch. f. Gyn. Bd. 101. p. 446.
155. Welz, A., Nierensyphilis. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 1201. (Zwei Fälle: einer unter dem Bilde der Paranephritis, der andere unter dem Bilde einer hartnäckigen Pyelitis verlaufend. Nierenschmerzen, Leukozyten im Harn, aber keine Mikroorganismen. Wassermannreaktion. Heilung durch Quecksilber- und Salvarsanbehandlung.)
156. Wilson, H. W., Case of severe Bacillus Coli Infection of urinary tract; nephrectomy. recovery. Brit. Journ. of Childr. Dis. London. Bd. 10. p. 289.
157. Woolsey, G., Bilateral calculous pyonephrosis. New York Surg. Soc. Sitzg. vom 26. März. Annals of Surg. Bd. 58. p. 419. (Zuerst Nephrolithotomie mit Entleerung von Eitersäcken beiderseits in zwei Zeiten, dann Rezidive, nochmalige Nephrotomie links, linksseitige Ureterolithotomie zwischen Beckeneingang und Blase und Eröffnung eines Abszesses am oberen Pol der rechten Niere. Links zwei Lumbalfisteln. Gutes Allgemeinbefinden und befriedigende Nierenfunktion trotz der Eiterung.)
158. *Wulff, O., Über Vakzinebehandlung durch Infektionen der Harnwege. Zeitschr. f. Urol. Bd. 7. p. 705.
159. *Zinn, Über die metastatischen Nieren- und paranephritischen Abszesse, ausgehend von Furunkeln. Therapie d. Gegenw. 1912. April.
160. *Zuckerkandl, O., Über die örtliche Behandlung renaler Harn- und Eiterstauungen durch Harnleiterkatheterismus. Wiener med. Wochenschr. Bd. 63. p. 1345.

Gordon (47) verlangt bei allen Infektionen des Harntraktus die möglichst frühzeitige Feststellung des Infektionserregers und den Nachweis eines Abflusshindernisses; bei Blut und Eiter im Harn ist so bald wie möglich die Ursache der Blutung oder Eiterung festzustellen.

Cohn und Reiter (22) teilen 17 Fälle von Koliinfektion der Niere mit, darunter 14 Frauen, ferner fünf Fälle von beiderseitiger, fünf von rechtsseitiger und drei von linksseitiger Erkrankung. Obwohl fast stets über subjektive Blasenstörungen geklagt wurde, konnte niemals eine primäre Affektion der Blase festgestellt werden. Neun Fälle wurden intern, vier mit Autovakzine, zwei mit Vioformspülungen der Niere (hierbei ein Fall von Divertikel des vesikalen Ureterendes, das intravesikal beseitigt wurde), vier mit einseitiger Nierenbeckendrainage und einer mit Nephrektomie (nach früher erfolgloser Nephrotomie) behandelt. Während die subjektiven Beschwerden fast stets beseitigt werden konnten, wurde der Harn nur in sieben Fällen eiter- und bakterienfrei. Bezüglich der Agglutination der Blutsera fand sich, dass diejenigen noch bei der stärksten Verdünnung agglutinierten, welche von Kranken stammten, die dauernd Leukozyten und Bakterien ausschieden, wenn sie auch von subjektiven Beschwerden frei waren. Schwach agglutinierten solche, die ausser der Koliinfektion unter Einwirkung noch anderer Einflüsse (Lues, Tuberkulose, Neigung zu Glykosurie) standen. Kranke mit relativ niedrigem opsonischem Index

gegenüber dem homologen Stamm hatten quoad vitam eine schlechte Prognose; einige zeigten mit heterologem Stamm höheren Index als mit dem eigenen. In fast allen Fällen gelang der Nachweis von komplementbindenden Antikörpern im Serum.

Hess (63) prüfte durch Tierversuche (Kaninchen) die Pathogenität der Kolibazillen mittelst Injektion in Blase und Nierenbecken und ins Blut mit oder ohne aseptische Ureterverengerung. Injektion in die gesunde Blase rief vorübergehende Reizung und Entzündung hervor, schwere Cystitis nur bei schon in Reizzustand versetzter Blase. Bei schwerer Cystitis entstanden in der Ureterwand Infiltrate, die sich in den Lymphbahnen und Lymphscheiden der Gefässe der Ureterwand nach oben fortsetzten. Eine geringe Ureterverengerung rief eine viel hochgradigere Erweiterung hervor als eine stärkere, z. B. Unterbindung. Injektion ins Nierenbecken nach Ureterverengerung verursachte Pyelitis, Veränderungen im obersten Teil des Ureters und kleine Eiterherde und Nekrosen im Nierenparenchym. Vom Nierenbecken aus streben die Bakterien sowohl in den Kanälchen als in den Lymphbahnen der Niere nach aufwärts. Venöse Injektion bewirkt fast die gleichen Erscheinungen wie aszendierende Infektion und die stärksten Veränderungen im Nierenbecken. Die Durchlässigkeit der normalen Darmwand für Kolibazillen ist nicht erwiesen und eine einfache Darmstörung wird für ein Auswandern für nicht genügend gehalten, sondern eher ein Druck der gefüllten Därme auf das Harnsystem, der die Infektion durch im Blute kreisende Bazillen begünstigt, als Ursache angenommen. Die Häufigkeit der Kolipyelitis bei der Frau wird auf das erleichterte Einwandern von aussen zurückgeführt und die aszendierende Infektion wird durch Verzögerung des Harnabflusses begünstigt. Die Kolibazillen scheinen zur Steinbildung anzuregen.

Ayres (4) hält die Koliinfektion der Niere für hämatogen, und Traumen, Kongestiv- und andere Infektionszustände (Tuberkulose, Gonorrhoe etc.) für prädisponierend. Therapeutisch wird in erster Reihe Urotropin empfohlen, und zwar soll mit kleinen Dosen (0,4) begonnen und rasch, bis Formaldehydreaktion (Kontrolle des Harns mittelst Burnamscher Probe) auftritt, bis zu grossen Dosen (6,0) vorgeschritten werden. Bei Misserfolg werden Nierenbeckenwaschungen mit Borsäure oder Silbernitrat, und wenn diese erfolglos bleiben, Nephrotomie, oder eine plastische Operation, eventuell die Nephrektomie vorgenommen.

In der Diskussion zieht Morris das Methylenzitrat dem Urotropin vor.

Bartlett (8) nimmt die Infektion auf hämatogenem Wege vom Darm aus an und warnt im Wochenbett vor Verwechselung mit puerperalen septischen Prozessen. Als Infektionsträger werden ausser Kolibazillen Staphylokokken und Proteus angenommen. Urotropin muss in steigenden Dosen angewendet werden, bis im Harn freies Formaldehyd nachgewiesen werden kann (nach Burnam) und Formaldehydreizung der Blase auftritt. Die Vakzinetherapie wird als unsicher bezeichnet.

Harttung (60) vermochte nach Ureterunterbindung an Kaninchen sowohl nach intravenöser Injektion von Bakterien als nach Einbringen von Bakterien in das proximale Ende des durchschnittenen Ureters also sowohl durch künstliche hämatogene als durch aszendierende Infektion schwere Infektion der Niere, besonders nach Staphylokokkeninjektion (nicht ganz so schwer nach Injektion von Typhusbazillen, Kolibakterien, Pyocyaneus) zu erzeugen. Nach Unterbindung eines Ureters allein (aseptischen Hydronephrose) fand sich das Epithel vielfach aufgelockert und zum Teil abgestossen und zuweilen Infiltrate-Schädigungen, die die Niere für Infektion disponieren und ihre Widerstandsfähigkeit herabsetzen.

Lindemann (99) fand unter 48 Fällen von Pyelitis (davon 31 Frauen) als Infektionsträger das Bacterium coli. Die Nierenbeckenschleimhaut wird in unkomplizierten Fällen als auffallend wenig verändert beschrieben, nur in vernachlässigten Fällen kommt es zu schwereren Veränderungen des Nierenbeckens, Nierenparenchyms und pararenalen Gewebes. Verlauf und Symptome können sehr verschiedengestaltig sein. Das Ureterostium zeigt einen mehr oder weniger hyperämischen Hof oder ragt bisweilen etwas vor. In erster Reihe werden Nierenbeckenspülungen empfohlen, bei schweren Veränderungen muss die Niere exstirpiert werden. Die Prognose wird als dubia bezeichnet.

Oppenheimer (115) beschuldigt für die Pyelitis als häufigsten Infektionserreger den Kolibazillus und als häufigste Disposition die Harnstauung, daneben allgemeine Schwäche und Anämie. Als Infektionsmodus wird meistens der deszendierende angesehen. Staphylo- und Streptokokkeninfektion sind prognostisch, ungünstiger als Koliinfektion. Die Schwangerschaftspyelitis heilt meist (? Ref.) nach der Geburt aus. Die Behandlung bestehe in Trinkdiurese, bei Koliinfektion kombiniert mit Salol und Formaldehyd, die lokale in Katheterismus oder Einlegung eines Dauerkatheters, wenn erfolglos, in Eröffnung des Nierenbeckens. Bei Schwangerschaftspyelitis kann die Frühgeburteinleitung notwendig werden.

Palazzoli und Vacqueret (116) definieren die Bakteriurie als eine Ansammlung von Bakterien im frisch gelassenen Harn, ohne dass entzündliche Reaktion in den Wänden der Harnwege vorhanden ist. Die Infektionsträger sind Kolibazillen, aber auch die verschiedensten anderen, wie Strepto-, Staphylo- und Diplokokken etc. Hervorgehoben wird die Häufigkeit beim Weibe, in der Gravidität und bei Uterus- und Adnexerkrankungen. In den meisten Fällen besteht ein Abflusshindernis für den Harn. Die Infektion ist entweder deszendierend, dann infektiösen und intestinalen Ursprungs, teils aszendierend. Der renale Infektionsweg ist besonders für die Kolibazillen anzunehmen auf Grund einer intestinalen Erkrankung. Beim Weibe ist durch die anatomischen Verhältnisse die aszendierende Infektion erleichtert. Die Behandlung besteht in Trinkdiurese, Harnantisepticis, Blasenspülungen und Instillationen, bei intestinaler Erkrankung Milchdiät etc. Bei renaler Ursache können Nierenbeckenspülungen gute Dienste leisten. Die Vakzinebehandlung kann kombiniert mit den anderen Behandlungsarten günstig einwirken.

Scheidemandel (133) nimmt für die infektiösen Erkrankungen des Nierenparenchyms die hämatogene Infektion in erster Linie in Anspruch und dringt auf die Vornahme der bakteriologischen Harnuntersuchung namentlich bei akuter und hämorrhagischer Nephritis, sowie zur Frühdiagnose von parametritischen und von Nierenabszessen. Die Behandlung soll eine möglichst konservative sein.

Bei Pyelitis macht Scheidemandel besonders auf die Nykturie als Symptom aufmerksam und empfiehlt Ureterkatheterismus und Nierenbeckenspülungen.

Scheidemandel (134) fand in $85^0/_0$ aller Pyelitiden den Kolibazillus als den wichtigsten Erreger und glaubt, dass bei gleichzeitigem Vorhandensein pyogener Kokken es sich um Komplikationen seitens der Blase (Cystitis) oder der Nieren (embolische Herdnephritis, Steinbildung, Paranephritis, Nierenabszess) handle. Ein mitgeteilter Fall beweist, dass Nierentuberkulose unter dem Bilde einer Schwangerschaftspyelitis verlaufen kann. Die Kolibakteriurie wird grösstenteils als Residuum einer Cystitis oder Pyelitis aufgefasst, jedoch kann sie auch idiopathisch auftreten. Für die Frühdiagnose der Nierentuberkulose und der Paranephritis (Staphylokokken) ist ebenfalls die bakteriologische Untersuchung des Harns notwendig. Die Koliinfektionen sind prognostisch gutartig und erfordern selten operatives Eingreifen, dagegen sind die Proteusinfektionen die schwersten und hartnäckigsten Erkrankungen der Blase und des Nierenbeckens.

Stossmann (141) fand mittelst Röntgenuntersuchung, dass das normale Nierenbecken keine Kapazität hat und dass eine solche erst mit Atonie beginnt und durch Stauung stationär wird. Die Stauung wird durch toxische Entzündung der Uretermuskulatur, durch Verengerung des Ureters oder Tiefstand des Nierenbeckens bewirkt. Für gewöhnlich ist bei Pyelitis die hämatogene oder lymphogene Infektion anzunehmen, jedoch ist eine aszendierende Infektion möglich. Die Diagnose Pyelitis wird erst durch den Ureterkatheterismus gesichert; therapeutisch kommen Drainage, Waschungen und Instillationen, medikamentöse Behandlung, Vakzinebehandlung, in letzter Linie chirurgische Eingriffe in Betracht.

Goldberg (46) kommt aus den Beobachtungen an zehn Fällen von Staphylomykosen der Harnwege zu dem Schlusse, dass durch Staphylokokkeninfektion ebenso wie bei anderen Infektionen alle Grade und Lokalisationen von Erkrankung der Harnwege bewirkt werden, dass die Erreger exogen wie endogen in die Harnwege gelangt sein können, und dass ausnahmsweise aufsteigende Pyelitis und Pyelonephritis bei Harnrückstauung zustande kommen kann, dass aber hämatogene Infektionen viel häufiger sind als bisher angenommen wird. Vor anderen Infektionen zeichnen sich die Staphylomykosen dadurch aus, dass sie im Anfang und bei geeigneter Behandlung leicht heilbar und von kurzer Dauer sind; chronische Infektionen sind selten und manche dieser Fälle sind primäre Phosphatdiathesen mit nachfolgender Staphylokokkeninfektion. Die Staphylomykosen beginnen und verlaufen oft mit Albuminurie; nach Gonorrhoe kommen alle Varietäten von Staphylokokkeninfektion zur Beobachtung. Die Verschleppung von Staphylokokken aus den Harnwegen ins Blut und in die Niere ist in besonders hohem Grade lebensgefährlich.

Legueu (93) beschreibt zwei tödliche Fälle von allgemeiner Staphylokokkensepsis vom Harnapparate aus mit Bildung multipler metastatischer Abszesse (in einem Falle 54) an verschiedenen Körperstellen. Die Generalisation der Infektion erfolgte in beiden Fällen nach Eingriffen, in einem Falle nach Kystoskopie, im zweiten nach Pyelotomie wegen vereiterter Steinniere und Entfernung eines grossen und 80 kleineren Steinen. Im zweiten Falle wurde eine Thrombose der Hohlvene als Quelle der Weiterverbreitung der Infektion angesehen, so dass Phlebitis und Thrombosierungen prognostisch als sehr ernst angesehen werden müssen.

Glaser und Fliess (45) heben das häufige Zusammentreffen von Otitis media und Pyelitis im Säuglingsalter hervor und halten ersteren Prozess für den primären, und zwar halten sie die Pyelitis für dadurch entstanden, dass durch Schwächung des Allgemeinbefindens oder durch Ausscheidung von Toxinen der Selbstschutz der Harnorgane gegen aszendierendes Verdrängen der Kolibazillen beeinträchtigt wurde.

Green (51) erklärt die Pyelitis des Kindesalters als auf dem Lymphwege vom Darm aus entstanden und beschuldigt als prädisponierende Momente Steine, Konstipation, Harnstauungen, Analfissuren und periphere Infektionsherde. Als Hauptsymptome werden Fieber, Pyurie, Bakteriurie und Empfindlichkeit im Angulus costo-vertebralis angeführt. Zur Behandlung wird Bettruhe, Milchdiät, Trinkdiurese, Darmentleerung, Urotropin mit Natriumbenzoat, Kaliumnitrat und in hartnäckigen Fällen Vakzine, im äussersten Fall Operation empfohlen.

Hyde (67) hält bei Mädchen die Pyelitis meistens für eine aszendierende und teilt sechs Fälle mit, von welchen aber fünf keine Blasenveränderungen zeigten. Bei hämatogener Infektion würde zuerst das Nierenparenchym erkranken. Leichte Fälle können spontan heilen.

Langstein (88) betont das häufige Vorkommen von Pyelitis bei Kindern nach akuten Infektionen, besonders bei Grippe, und hält sie am wahrscheinlichsten für enterogenen Ursprungs. Therapeutisch wird diätetische und medikamentöse Behandlung, besonders gute Ernährung empfohlen; Spülungen allein reichen nicht aus; von der Vakzinetherapie wurden sichtbare Erfolge nicht beobachtet. Die Alkalitherapie gab keine guten Resultate.

In der Diskussion berichtet Davidsohn über Versager bei der Alkalibehandlung, Lewin sah bei alkalischem Harn das Salol, bei saurem das Urotropin besser wirkend. Kassel beobachtete unter 66 Kranken 65 Mädchen, was für Infektion von der Urethra aus spricht; bei einem grossen Teil der Kranken bestanden Darmstörungen. Portner verlangt Feststellung, ob nur Pyelitis oder auch Pyelonephritis vorliegt, und erklärt die Harnantiseptika in akuten Fällen für wirksam, in chronischen nicht; er beobachtete Pyelitis ausschliesslich bei Mädchen. Fränkel sah sie in 10% bei Knaben, häufig im Gefolge von Keuchhusten und Scharlach; selbst schwere Fälle mit Blutgehalt des Harns heilten aus. Rosenstein fand häufig mikroskopischen Blutgehalt. Czerny unterscheidet reine eitrige Pyelitis von Pyelitis mit Parenchymaffektion, wobei sich miliare Abszesse unter der Kapsel befinden. Baginsky erklärt die Infektion mit Pyocyaneus für deletär. Finkelstein befürwortet Trinkdiurese.

Marsh (101) führt die Koliinfektion der Harnwege teils auf Aszension von Urethra und Blase und teils auf den Blutweg vom Darm aus zurück und begründet die Häufigkeit der aszendierenden Infektion damit, dass 90—95% der erkrankten Kinder Mädchen sind. Die Fiebererscheinungen führen häufig zu Verwechselungen mit anderen Infektionskrankheiten, selbst mit Meningitis. Akute Fälle heilen in einigen Wochen, können aber auch in die chronische Form übergehen, welche für prognostisch ungünstig erklärt wird. Urotropin ist nur in akuten Fällen und bei saurem Harne anzuwenden, nicht in chronischen. Dagegen wird Kaliumzitrat, Natriumbikarbonat oder -zitrat empfohlen, um den Harn alkalisch zu machen; in letzter Linie kann Autovakzine angewendet werden.

Thomson (147) sieht jede Verlangsamung des Harnabflusses bei Kindern als Prädisposition zu Koliinfektion bei Kindern an und betont besonders das häufige Vorausgehen von allgemein schwächenden Zuständen, besonders von Darmstörungen. Die Symptome hängen von der Schwere der Infektion und von ihrer Verbreitung ab. Bei isolierter Infektion der Blase besteht meist nur Pyurie und Bakteriurie, sobald aber die oberen Harnwege ergriffen werden, kommt es zu Fieber und Allgemeinerscheinungen. Häufig und von sehr ernster Prognose ist die Pyelonephritis. Fieber mit Kollaps deutet auf Ergriffensein des Nierenparenchyms. Die Infektion erfolgt auf aszendierendem, hämatogenem und lymphatischem Wege. 79% der Fälle kommen auf Mädchen. Die Therapie besteht in Trinkdiurese, Darmevakuation, Alkalinisierung des Harns mit Natriumphosphat nnd Kaliumzitrat, ferner kommen die Harnantiseptika in Betracht, von denen das Salol bevorzugt wird. Die Vakzinebehandlung ergab bis jetzt keine günstigen Resultate.

Pyelitis bei Schwangeren.

Siehe die Arbeiten von Zangemeister (c. 6, 58), Weibel (154, 155). Croom (26), Joergensen-Wedde (74), Kroemer (84), La Fur (92), Mayer (105). Menge (106). v. Hecker (61), Pasteau (117), Tassius (143), Stoeckel (140), Albrecht (1), Brongersma (18), Mátyás (104, Rübsamen (128), Spengler (139) und das Kapitel „Pathologie der Schwangerschaft".

Therapie der Pyelitis.

Jordan (75) kommt nach Untersuchungen über die Harnantiseptika zu den Schlüssen, dass die sauere Reaktion besonders auf Zufuhr von sauerem Natriumphosphat, weniger nach Benzoaten, die alkalische Reaktion nach grossen Dosen Kaliumzitrat zustande kommt. Fäulnis und Wachstum der Staphylokokken wird unterstützt durch alkalische, gehemmt durch saure Reaktion, Kolibazillen wachsen in sauerem und alkalischem Harn, in letzterem aber weniger. Urotropin wirkt nur durch Formaldehydabspaltung, die nur im sauren Harn vor sich geht und seine antiseptische Kraft ist der sauren Reaktion proportional. Sandelöl ist ein schwaches allgemeines Antiseptikum, scheint aber auf Staphylokokken einzuwirken; es ist von Nutzen bei alkalischem Harn. Benzoe- und Salizylsäure sind Harnantiseptika, wirken aber sehr schwach im alkalischen Harn. Borsäure ist ein wirksames Antiseptikum, auch bei Alkalinität, wo es von allen Mitteln am besten wirkt. Auch Uva ursi wirkt antiseptisch. Urotropin, kombiniert mit saurem Natriumphosphat, ist als Prophylaktikum vor jedem Eingriff dringend zu empfehlen. Es ist besonders bei Koliinfektion wirksam, bei alkalischem Harn ist es durch Borsäure und Uva ursi zu ersetzen. Bei ammoniakalischer Zersetzung des Harns in der Blase sind Spülungen von starker Borsäure und innerlich Uva usi, vielleicht auch Sandelöl zu empfehlen. Letzteres ist besonders bei Staphylokokkencystitis wirksam. Ansäuerung des Harns durch saures Natriumphosphat ist vor dem Gebrauch von Urotropin nötig.

Burnham (19) hebt hervor, dass aus Urotropin auch in neutralem und alkalischem Harn bei Körpertemperatur sich Formaldehyd abspalten kann. Es muss bei Infektionen früh und in genügender Dosis (bei Cystitis etwa 2,0 pro die) und in Rücksicht auf die Verdauungsorgane in genügender Verdünnung gegeben werden.

Hanzlik und Collins (57) erkennen die antiseptische Wirkung des Urotropins nur in der Formaldehydabspaltung, welche aber nur bei saurer Reaktion des Harns eintritt; es soll daher Mononatriumphosphat dazu gegeben werden. Die beste Probe für freies Formaldehyd ist die Phlorogluzinprobe.

Hinman (64) erklärt die Menge der Hexamethylentetraminausscheidung abhängig ausser von der zugeführten Menge noch von den im sauren Mageninhalt stattfindenden Veränderungen, die Menge der Formaldehydausscheidung im Harn ferner von dem Grade der Harnazidität (höher als 2 ccm der Zehntelnormalnatronlauge in 10 ccm Harn entsprechend). Für die Niere haben 0,75 Gramm täglich dreimal gereicht keinen antiseptischen Wert, auch in der Blase wirkt die hierbei abgespaltene Formaldehydmenge zu schwach. Anderweitige Hexamethylenverbindungen haben keinen höheren antiseptischen Wert.

Smith (138) fand die Burnamsche Probe positiv bei Verdünnung von 1 Formaldehyd auf 40 000 Wasser und darüber; auch bei ammoniakalisch zersetztem Harn ist Formaldehydabscheidung nachzuweisen. Die Abscheidung erfolgt nicht durch eine spezifische Einwirkung der Nierenepithelien, sondern durch den sauren Harn.

Talbot und Sisson (142) stellen fest, dass auch bei Kindern Urotropin zersetzt und Formaldehyd im Harn ausgeschieden wird, dass aber zuweilen grosse Dosen hierzu nötig sind. Alkalinität des Harns muss dabei vermieden werden.

Walker (151) erklärt als beste Behandlung der Koliinfektion des Harns zunächst die Neutralisation mittelst Alkalien und wenn die Symptome nachlassen, die Ansäuerung des Harns und die Zufuhr von Harnantiseptizis. In subkutanen und chronischen Fällen richtet sich die Wahl des Mittels nach der Harnreaktion: Bei saurer Reaktion Urotropin allein, bei alkalischer Urotropin kombiniert mit saurem Natriumphosphat oder Ammoniumbenzoat. Bei hartnäckiger Infektion ist Urotropin zu geben, bis Erscheinungen von Formaldehydreizung sich zu zeigen beginnen. Die Urotropinbehandlung ist mittelst der Burnamschen Probe zu kontrollieren.

Duker (31) fand durch Versuche, dass bei Koliinfektion der Harnwege das Saliformin am meisten bakterizid wirkt, bei Infektion mit Staphylokokken, Proteus und Bac. lactis aërogenes sind ausser Saliformin auch Urotropin, Natriumcitrat, Borovertin, Helmitol und Hexal wirksam, bei Pyocyaneusinfektion Urotropin, Natriumcitrat, Borovertin und Saliformin. Urotropin und Helmitol verlangen saure Harnreaktion.

Baumer (6) empfiehlt das Hexal als Harnantiseptikum, bei dem die sedative und adstringierende Wirkung der Sulfosalizylsäure einer möglichen Reizwirkung des Hexamethylentetramins entgegenwirkt, so dass das Mittel als sedatives Blasenantiseptikum anzusprechen ist.

Kowanitz (82) beobachtete nach Hexalzufuhr ein rasches Sauerwerden des Harns und rasche Klärung, zugleich eine bessere und raschere sedative Wirkung als nach Urotropin.

Cuturi (28) erklärt die Wirkung der Nierenbeckenspülung in solchen Pyelitisfällen für heilend, wo die disponierenden Ursachen — Retention etc. — beseitigt werden können, dagegen wirkt der Katheterismus bei Pyonephrose palliativ. Kontraindiziert ist er bei Tuberkulose, Kalkulose und Kachexie und bei der Gefahr, dass eine Infektion hervorgerufen werden kann.

Hohlweg (65) konnte unter 17 Fällen von Pyelitis mittelst Nierenbeckenspülungen eine Heilung im bakteriologischen Sinne in 15 Fällen, und zwar eine Dauerheilung, erzielen. Zwei Fälle blieben ungeheilt, und zwar einmal, weil vielleicht durch peritoneale Adhäsionen des Kolons (Laparotomie) ausgedehntere Lymphgefässverbindungen zwischen Darm und Niere gebildet worden waren, und im zweiten Falle infolge Übergreifens der Koliinfektion vom Nierenbecken auf das Nierengewebe. Bezüglich des Infektionsweges wird auf die häufige Möglichkeit der lymphogenen Infektion hingewiesen. Als Spülmittel wurde Silbernitrat (von 1$^0/_{00}$ allmählich steigend bis zu 1$^0/_0$) benützt, bei stärkerer Schmerzhaftigkeit Kollargol, zuweilen auch das niemals Schmerzen verursachende Argyrol. Die Spülungen wurden bis zu dreimal in der Woche wiederholt.

Raimoldi (124) empfiehlt die Nierenbeckenspülungen bei deszendierender, aszendierender, gonorrhoischer, einfacher und kalkulöser Pyelitis und bei Pyelitis gravidarum. Als Spülmittel wird 0,5$^0/_0$iges Protargol und 2$^0/_0$iges Kollargol empfohlen. Als üble Folgen der Behandlung werden Schmerzen durch Dehnung des Nierenbeckens, Fissuren mit nachfolgender Perinephritis, neue Infektionstösse und Infektion des Nierenparenchyms erwähnt. Mehrere Stunden andauernde Schmerzen nach der Spülung werden auf zu konzentrierte Lösungen zurückgeführt.

Zuckerkandl (160) erklärt jede residuale Harnmenge im Nierenbecken als pathologisch und teilt eine Reihe von Fällen von Harnstauung mit Infektion mit, alle bei Frauen und alle rechterseits. Die Behandlung mittelst Ureterkatheterismus ist besonders bei chronischen inkompletten renalen Retentionen angezeigt. Vorbedingung ist der diagnostische Ureterkatheterismus unter Zuhilfenahme aller modernen Mittel der Nierendiagnostik. Bei jeder intensiveren renalen Eiterung, aszendierend oder hämatogen, fieberhaft oder apyretisch, und bei jedem lange dauernden renalen Eiterungsprozess und bei renaler Bakteriurie, die der üblichen Behandlung Trotz bietet, muss durch Aichung des Nierenbeckens der Nachweis einer Harn- oder Eiterstauung geführt werden. Die Art des Infektionserregers ist dabei gleichgültig, nur die tuberkulösen Formen sind ausgeschlossen. Im Einzelfalle ist aus den Erscheinungen die Indikation zu stellen, ob konservativ oder operativ vorzuziehen ist. Ferner wird die von Frisch aufgestellte Indikation, das infizierte Nierenbecken vor einer Operation zu spülen, anerkannt. Kontraindiziert ist die Spülung bei eitriger Pyelitis ohne Harnstauung, bei Komplikation mit eitrigen Prozessen der Niere oder mit Paranephritis und Miterkrankung der Pleura und Lunge derselben Seite, nicht aber bei schweren Fieberanfällen und Kachexie.

Davis (29) operierte drei Fälle von Schwangerschaftspyelitis wegen Erfolglosigkeit der konservativen Behandlung mittelst Freilegung der Niere, Inzision an der konvexen Fläche und Drainage des Nierenbeckens. Zugleich wurde auch die Appendix entfernt.

In der Diskussion erklärt Bar die Nephrotomie nur selten für nötig und zieht nach dem achten Schwangerschaftsmonat die künstliche Frühgeburt vor. Weibel spricht sich für Nierenbeckenspülungen, Wallich für Beseitigung der zugrunde liegenden chronischen Obstipation aus.

Iljin (73) behandelte elf Fälle von Pyelitis oder Pyelonephritis nach Uretereinpflanzung in den Darm mittelst Kolivakzination und erzielte in zwei Fällen Heilung, in einem Falle erhebliche Besserung. Prophylaktische Behandlung operierter Hunde ergab sehr gute Resultate.

Gorter (48) konnte unter 18 Fällen von Kolipyelitis 13 durch Vakzinebehandlung dauernd zur Heilung bringen, zwei wurden gebessert, zwei blieben ungeheilt, einer starb an Bronchopneumonie.

In der Diskussion berichtet Lapage über günstige Erfolge der Vakzine in chronischen Fällen nach Erfolglosigkeit der Citratbehandlung. Sedgwick vermochte bei Tieren durch Einführung von Fäzes in die Harnröhre Cystitis nicht hervorzubringen.

Jacob (68) empfiehlt bei Kolipyelonephritis Kolivakzine kombiniert mit Urotropinbehandlung.

v. Wassermann (152) betont den grossen Unterschied der Infektionszustände im Harnapparat je nachdem die Bakterien oberflächlich oder tief ins Gewebe eingedrungen sind. Nur bei letzteren ist die Vakzinetherapie wirksam, was besonders bei der Koli- und der gonorrhoischen Infektion zu ersehen ist.

Michaelis (107) begründet die praktische Ausführung der Vakzinetherapie bei Infektion der Harnwege und die Notwendigkeit der Herstellung einer autogenen Vakzine.

Volk (150) erklärt die Vakzinetherapie bei Gonorrhoe als unterstützendes Mittel der bisherigen Methoden, jedoch ist sie bei akuter Urethritis unwirksam; es genügt eine polyvalente Vakzine, für die Koliinfektion dagegen ist eine autogene Vakzine indiziert. Besonders werden die subjektiven Beschwerden oft auffällig gebessert. Die Behandlung der Gonorrhoe mit Gonokokkenserum muss noch nachgeprüft werden.

Schneider (135) erklärt die Vakzinetherapie für unschädlich und für einen grossen therapeutischen Fortschritt in akuten und chronischen Fällen; sie ist mit der lokalen Behandlung, wenn möglich, zu verbinden. Anzuwenden ist die Vakzinebehandlung auch in den Fällen von chronischen Nierenentzündungen, die mit Bakterienausscheidung einhergehen.

Asch (3) erklärt bei Gonorrhoe der Urethra die Vakzinebehandlung für unwirksam, für wirksam dagegen bei den Komplikationen, und zwar wird die intramuskuläre Infektion empfohlen.

In der Diskussion erklären Wossidlo, Frank und Lohnstein die Vakzinetherapie bei Urethritis für unwirksam. Frank erzielte Erfolge bei Koliinfektion, Zimmer Besserung, ebenso Lewin und Hübner, letzterer bei gleichzeitiger Kollargolanwendung, ebenso Wulf und Strauss.

Wulff (158) verwendet bei der Vakzinebehandlung standardisierte und durch Erwärmung auf 56° sterilisierte Autovakzine und rät, durch Beginn der Behandlung mit kleinen Dosen (10—25 Millionen) und langsames Steigen alle zwei bis drei Tage toxische Wirkung zu vermeiden. Unter 23 Fällen mit akut einsetzenden Anfällen — 22 Koli- und eine Streptokokkeninfektion und vier Graviditätsinfektionen — konnte 21 mal Heilung oder erhebliche Besserung erzielt werden; Eiter fand sich noch bei neun (bei acht nur sehr wenig) und Bazillen noch bei 15 (darunter bei sechs sehr wenig) nach der Vakzinebehandlung im Harn. Bei zwei Fällen blieb die Behandlung ohne Wirkung. In 19 Fällen von mehr chronischem Verlauf wurden besonders Albuminurie und Pyurie mit wenigen Ausnahmen sehr günstig beeinflusst, viel weniger die Bakteriurie. Bei 11 Kranken mit Steinen und Infektion war das Resultat erheblich weniger gut, auch in bezug auf den Eiweiss- und Eitergehalt. Bei infizierter Wanderniere wurde unter sechs Fällen dreimal erhebliche Besserung, dreimal aber keine Wirkung erzielt. Von vier Blaseninfektionen wurden zwei geheilt, eine gebessert und eine blieb unbeeinflusst. Jedenfalls waren die Erfolge der Vakzinebehandlung erheblich besser als die der früheren Behandlung mit Salol, Wasser, Verweilkatheter und Silbernitratspülungen. Endlich wird hervorgehoben, dass die Höhe des opsonischen Index kein Massstab für die Grösse der Infektion ist, und dass sie den klinischen Schwankungen im Zustande der Kranken nicht folgt.

Crockett (b. 26) wendet die autogene Behandlung bei Koliinfektion in der Weise an, dass 1—2 cm des eigenen kolihaltigen Harns subkutan injiziert.

Langstein (89) sah bei Pyelitis durch Bacterium lactis aërogenes von der Vakzinebehandlung (vier Injektionen) guten Erfolg.

Townsend und Valentine (149) nehmen eine hämatogene und eine aszendierende Gonokokkeninfektion der Niere an; im ersten Fall sind die Erscheinungen stürmisch — Fieber, Schmerzen etc. — im letzteren Falle schleichend, mit Albuminurie und Zylindrurie verlaufend. Therapeutisch werden Diät, Harnantiseptika und Nierenbeckenspülungen empfohlen.

Beyer (13) beobachtete bei Diphtherie-Kranken den Übertritt von Bazillen in den Harn, der ausserdem meist ausser Blutkörperchen vereinzelt Zylinder und selten Albumen, zuweilen Epithelien der Harnwege enthielt.

Townsend (148) glaubt, dass unter besonderen Bedingungen die Pseudodiphtheriebazillen im Harntraktus pathogene Bedeutung gewinnen können. Sie finden sich besonders nach Gonorrhoe in den Harnwegen.

Andere Entzündungsformen des Nierenbeckens.

Baetzner (5) beschreibt einen Fall von granulöser Pyelitis und stimmt der Ansicht von Frisch, der diese Form für ein selbständiges Krankheitsbild hält, nicht zu, sondern hält sie für einen durch umschriebene knötchenförmige, kleinzellige Infiltration charakterisierten pathologisch-anatomischen Befund, der scheinbar mit Abdominaltyphus in ursächlichem Zusammenhang steht.

Lavonius (90) beschreibt fünf Fälle von Leukoplakiebildung im Nierenbecken, die ursächlich auf chronische Reizzustände (besonders Tuberkulose, seltener Steinbildung) zurückgeführt wird. Das Epithel geht zum grossen Teil verloren und bildet sich dann neu, nimmt aber bei der Regeneration einen neuen Charakter an (dickes Plattenepithel, unvollständige Verhornung der obersten Schicht, Riffzellen, Eleidinkörper). Da unter 29 bisher bekannt gewordenen Fällen fünf Kankroidbildungen sich fanden, entscheidet in sonst zweifelhaften Fällen die Leukoplakiebildung im Nierenbecken für eine Nephrektomie.

Lecène (91) beschreibt einen Fall von Vergrösserung der rechten Niere mit Infektionserscheinungen (Albuminurie, Pyurie, Fieber etc.), die bei einer 28 jährigen Frau im Anschluss an eine Geburt aufgetreten waren. Die freigelegte Niere zeigte strausseneigrosse Erweiterung des Nierenbeckens und Reduktion des Parenchyms, so dass sie exstirpiert wurde. Die Schleimhaut des Nierenbeckens zeigte nur im obersten Abschnitt die Merkmale einer Pyelitis, im übrigen dagegen ausgesprochene Leukoplasie mit Verwandlung des Epithels in leicht verhorntes Plattenepithel. Im retinierten Harn fanden sich Kolibazillen in Reinkultur. Die Entstehung der Leukoplasie durch chronische Entzündung wird verworfen, und eine kongenitale Läsion infolge einer Entwickelungsstörung (Heterotopie ectodermique") angenommen.

Eiterinfektionen des Nierengewebes.

Brewer (16) unterscheidet drei Typen der akuten hämatogenen Infektion der Niere eine blitzartig tödlich verlaufende Form, eine subakute, die zu Pyelonephritis, Pyonephrose, Nierenabszess oder Perinephritis führt, endlich chronische Fälle. Die Behandlung der zweiten Form besteht in Dekapsulation, Inzision und Drainage von Rindenabszessen und nekrotischen Herden. Die Einseitigkeit der Infektion wird auf herabgesetzte Widerstandsfähigkeit des Organs durch Traumen, vorausgegangener Sepsis, Anämie, Reizung der Steinbildung, passive Hyperämie, Verschluss eines Ureters oder Hydronephrose zurückgeführt.

Condon (24) erwähnt als wichtiges Symptom einer infektiösen Nephritis den intrarenalen Schmerz, der sich von extrarenalen und Kolikschmerzen wohl unterscheiden lässt. Die Niere ist auf leichten Druck sehr empfindlich und der schmerzhafteste Druckpunkt sitzt am Angulus costo-vertebralis. Dazu treten Fieber mit Schüttelfrösten, Prostration, Erbrechen und starke Leukozytose. Der Harn kann normal sein, meist aber finden sich Eiweiss und Blutspuren. Kystoskopie und Ureterkatheterismus erweisen die Seite der Erkrankung. Bei heftigen Schmerzen ist stets die sofortige Nephrektomie indiziert, bei eintretender Besserung die konservative Behandlung. Finden sich in der freigelegten Niere Abszesse, so muss sie exstirpiert werden, ist sie nur hyperämisch, so genügt Dekapsulation mit Drainage.

Foster (36) führt die einseitige infektiöse hämatogene Nephritis auf Embolie der Gefässe mit Mikroorganismen, die von Rundzelleninfiltration gefolgt ist, zurück, und unterscheidet eine Form von multipler Abszessbildung, besonders in der Rinde, die durch die Kapsel durchbrechen und Perinephritis bewirken, oder bei Durchbruch ins Nierenbecken das Bild der Pyelonephritis bewirken können, und eine diffuse Form. Als Infektionsträger werden Staphylococcus albus und aureus und Streptokokken und Kolibazillen genannt. In vielen Fällen ist die Infektion primär eine einseitige. Die Symptome bestehen in akuten septischen Erscheinungen mit lokaler Empfindlichkeit. Die Therapie besteht bei multipler Abszessbildung in Nephrektomie, bei der diffusen Form mit ausgedehnten Infarkten und schwerer Toxämie ebenfalls in Nephrektomie, bei leichteren Fällen in Kapselspaltung und Drainage. Vier Fälle werden mitgeteilt.

Kidd (79) weist bei fieberhafter Pyurie auf die Niere als mögliche Eiterquelle hin. Eitrige Pyelitis und Cystitis heilen der Regel nach aus, und zwar die Niere früher als die Blase. Die chronische Pyelonephritis wird fast ausnahmslos mit Kollargolspülungen (5%) des Nierenbeckens geheilt. Die Nephrektomie ist nur bei hyperakuten und chronisch einseitigen Fällen, die mehr als $1^1/_2$ Jahre jeder Behandlung trotzten, indiziert. Vakzinetherapie bringt keine einwandsfreien Heilerfolge, Urotropin nützt nur fortgesetzt gegeben in grossen Dosen.

Lilienthal (97) spricht sich bei Infektion der Niere gegen konservative Behandlung und für Nephrektomie aus. Bei Verlegung des Ureters durch einen Stein ohne Affektion der Niere, aber mit Fieber soll nach Erschöpfung der inneren Mittel die Ureterotomie gemacht werden.

Mason (102) erklärt bei akuter metastatischer eitriger Nephritis möglichst frühzeitige Diagnose für wünschenswert, damit noch Dekapsulation und Eröffnung der Abszesse

zur Heilung führen kann. Bei den Beziehungen der metastatischen Eiterung zur Nephroptose kommt auch die Nephropexie in Betracht. In fulminanten Fällen muss die Nephrektomie ausgeführt werden.

Rolleston (127) beschreibt einen Fall von symmetrischer Rindennekrose im Wochenbett, die er auf Thrombose der interlobulären Nierengefässe zurückführt. Es kam zu viertägiger Anurie und Exitus unter urämischen Erscheinungen. Unter der Kapsel fand sich nur noch ein schmaler Streifen von Rindengewebe. Im Blut fanden sich Streptococcus pyogenes, ausserdem in der Milz Kolibazillen.

Schnitzler (136) erwähnt als seltene Form der metastatischen eitrigen Nierenerkrankung die Bildung kleinster multipler Eiterherde, bei denen unter schweren Allgemeinerscheinungen die Symptome einer einseitigen Nierenerkrankung (Schmerzhaftigkeit in der Nierengegend, Vergrösserung der Niere, Erythro- und Leukozyten, Eiweiss und Bakterien im Harn) auftreten. Ein einschlägiger Fall mit Heilung durch Dekapsulation, Inzision und Drainage nach vor sechs Jahren ausgeführter Exstirpation der anderen Niere wird mitgeteilt. Die Entstehung paranephritischer Abszesse im Anschluss an Rindenabszesse wird auf im Blute kreisende Staphylokokken zurückgeführt, besonders infolge von Furunkeln und Panaritien, wobei traumatische Einflüsse als begünstigende Momente beschuldigt werden. Für die Diagnose der Paranephritis und deren Unterscheidung von anderen Infektionskrankheiten wird ausser der spontanen und Druckschmerzhaftigkeit an der Niere besonders die Hyperleukozytose angeführt, ferner das Vorhandensein von Erythrozyten und Streptokokken im Harn der erkrankten Niere, Funktionsherabsetzung der letzteren und bei grösseren Abszessen die Röntgendurchleuchtung. Die Prognose ist bei frühzeitiger Operation günstig, die Operation selbst muss hierbei in ausgiebiger Blosslegung der Niere und Ablösung der fibrösen Kapsel bestehen, um die Eiterherde aufzufinden.

Cohn (21) fand bei 21 Fällen von Niereneiterung komplementbildende Antikörper; er empfiehlt besonders bei Eiterretention Perhydrolspülungen des Nierenbeckens. Auch die nichttuberkulösen Cystitiden hält er für renalen Ursprungs.

Furniss (41) erklärt die Infektion der Niere nach operativen Eingriffen entweder auf den Blutweg oder durch die Lymphgefässe oder längs des Ureterlumens; für den häufigsten hält er den Blutweg, und zwar hält er Thrombenbildung im Bereich der Wunde für die häufigste Veranlassung. Unter den neun mitgeteilten Fällen ist einer, in welchem die Infektion der Niere auf die Verwundungen der Blase durch eine in ihr befindliche Haarnadel zurückgeführt wird.

Rumpel (130) betont, dass man bei akuten Pyonephrosen wegen der Möglichkeit spontaner Ausheilung nicht übereilt operieren soll, und dass man auf Grund der anderen Untersuchung sich schon vor der Operation klar sein soll, was man ausführen will.

In der Diskussion erwähnt Pochhammer einen Fall von Nierentumor, der bei der Operation wegen Erscheinungen akuter Appendizitis sich fand, und Westenhöfer erwähnt die Möglichkeit des Aufsitzens einer zweiten halben Niere auf der Niere, von denen die erstere erkrankt sein kann und dann lange keine Erscheinungen hervorrufe.

Scheffzek (132) teilt zwei Fälle von Pyonephrose mit, in welchen bei jungen Mädchen infolge vollständiger Zerstörung des Nierenparenchyms die Nephrektomie ausgeführt wurde. Der zweite Fall erscheint tuberkuloseverdächtig, obwohl der Tierversuch negativ geblieben war. Der dritte Fall betrifft einen Ureterstein 17 cm oberhalb der Blasenmündung. Es wird bei Blasenbeschwerden neben Genitalstörungen die Notwendigkeit der Kystoskopie hervorgehoben und schliesslich die in beiden operierten Fällen beobachtete schwere Heilbarkeit der gleichzeitigen Blasenulzerationen betont und als deren Folge verminderte Blasenkapazität durch Narbenschrumpfung erwähnt.

Martens (c. 10, 52) beschreibt vier Fälle von Niereneiterung, einen bei einseitiger Zystenniere, ferner zwei Fälle von metastatischem Abszess mitten im Nierengewebe, einen Fall von infizierter Hydronephrose und einen Fall von mit dem Nierenbecken kommunizierenden Eiterhöhlen, alle durch Nephrektomie geheilt.

Para- und Perinephritis.

Bauereisen (10) beschreibt den überaus seltenen Fall einer vier Monate nach Freund-Wertheimscher Uterusexstirpation entstandenen serösen Perinephritis, d. h. eines serösen Ergusses von Flüssigkeit zwischen Capsula fibrosa und Fascia renalis mit Zugrundegehen des Fettgewebes. Der Fall wird durch Einwanderung der durch die Operation in den bindegewebigen Wundhöhlen deponierten Keime entlang des linken Ureter in die Kapsel-

blätter des Hilus und retroperitoneal direkt in die unten offene Capsula adiposa, die zur Ursache der intrakapsulären serösen Entzündung geworden ist, gedeutet.

Heidler (g. 5. 24) berichtet über zwei Fälle von eitriger Paranephritis, einen nach Furunkel und einen durch Koliinfektion. Eröffnung und Heilung.

Pousson (122) macht besonders bei Steinen auf die konsekutive Perinephritis mit Bildung sklerotischer Schwielen im Hilus aufmerksam, die sich längs der Gefässe und des Ureters fortsetzen. Bei der Operation ist auf die Entfernung solcher schwieliger Verdickungen und Stränge zu achten.

Thévenot (144) führt die an sich seltene perinephritische Phlegmone im Kindesalter auf Trauma oder primäre Niereninfektion, in einzelnen Fällen auf Darminfektion, besonders Appendizitis zurück und betont die Schwierigkeit der Diagnose. Bei breiter Inzision und Drainage ev. mit Nephrotomie ist die Prognose günstig.

Thévenot (145) beobachtete eine perinephritische Holzphlegmone bei einer 24jährigen, seit drei Jahren im Anschluss an Schwangerschaft nierenkranken Frau, wahrscheinlich infolge eines latenten Nierenabszesses bei Pyelonephritis. Wegen urämischer Erscheinungen wurde inzidiert, wobei sich retrorenal flächenhaft in filzigem Gewebe ausgebreiteter Eiter fand und die Niere in knorpelharte entzündliche Schwarten eingebettet war. Nach Spaltung der Schwarten und Tamponade stellte sich die vorher aufgehobene Sekretion wieder her. Heilung.

Zinn (159) bespricht die metastatischen Abszesse der Niere durch Infecktionskeime, die auf hämatogenem Wege von peripherer Eiterung, besonders häufig von Furunkeln und Panaritien aus, in die Niere gelangen und hier zu Gefässverstopfungen, Infarkten und eitriger Einschmelzung führen. Fast stets handelt es sich um Staphylokokkeninfektion, die im primären Eiterherd wie im „Nierenfurunkel" nachzuweisen sind. Die Gefässverteilung der Nieren ermöglicht das Eindringen der Kokken in die Fettkapsel und die Bildung von Abszessen, ohne dass das Nierengewebe erkrankt. Als hauptsächlichstes Symptom wird der Druckschmerz der erkrankten Niere hervorgehoben, welcher bei zweifelhaften fieberhaften Erkrankungen Aufschluss über die wahrscheinliche Diagnose zu geben vermag. Da die Hauptgefahr dieser Abszesse in ihrem längeren Bestehen liegt, so ist möglichst frühe Erkennung und frühe breite Eröffnung geboten. Vier Fälle.

9. Nierentuberkulose.

1. Alksne, Tuberculosis renis dextri. Ges. prakt. Ärzte Libau. Sitzg. vom 13. Sept. 1912. St. Petersb. med. Zeitschr. Bd. 38. p. 159. (Kraterförmige Uretermündung, kein Zucker nach Phloridzin rechts, normal links. Nephrektomie, Heilung.)
2. Alessandri, Sulla guarigione della tubercolosi renale. Gazz. degli osped. e d. clin. 1912. Nr. 23. (Ein Fall von Nephrektomie auf der einen und Nephrotomie auf der anderen Seite mit Jodkur und Heilung seit fünf Jahren und ein Fall von abgekapselter Tuberkulose am unteren Pol bei beiderseits klarem, normalem Harn.)
3. Baggerd, Nierentuberkulose. Verein Posener Ärzte. Sitzg. vom 17. März. Med. Klinik. Bd. 9. p. 1100. (Infarktbildung mit makroskopisch noch nicht verkäsenden Tuberkeln. Nephrektomie.)
4. — Einseitige, ganz frische Nierentuberkulose. Verein Posener Ärzte. Sitzg. vom 19. Mai. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 1961. (Frische Rindeninfarkte, Nephrektomie.)
5. *Barnay, J. D., The value of ginea-pig test in genito-urinary tuberculosis. Public. of the Massachussetts Hosp. Jan.
6. Barrows, R. E., Tuberculosis of kidney. Illinois Med. Journ. Chicago. Bd. 24. Nr. 4.
7. *Bauereisen, A., Über den Tuberkelbazillennachweis durch den Meerschweinchenversuch. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 848.
8. *Bazy, L., De la précocité du diagnostic et de l'intervention dans la tuberculose rénale. Journ. d'Urol. Bd. 3. p. 323.
9. *Beer, E., The use of tuberculin in the diagnosis of obscure conditions in the genito-urinary system. Med. Record. New York. Bd. 84. p. 650.
10. *Bernard, L., Le traitement de la tuberculose infiltrée du rein. Mouvement méd. Nr. 1. p. 185.
11. *Bernstein, H. S., The incidence of renal involvement in pulmonary tuberculosis. Med. Soc. of the State of New York. Sect. on Med. Med. Record. New York. Bd. 83. p. 870.

12. Bethe, Tuberkulöse käsige Erweichung des vorderen unteren Viertels der Niere. Wissensch. Ärzteverein Stettin. Sitzg. vom 8. April. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 1133. (Niere von einem verkästen retroperitonealen Drüsenpaket aus infiziert; Exstirpation der Niere, Heilung.)
13. Blank, M. L., Specimens of tuberculosis of the kidney. New York Ac. of Med. Sect. on Surg. Sitzg. vom 7. Febr. Med. Record. New York. Bd. 83. p. 591. (Demonstration.)
14. Bloch, A., Totale Nieren-Ureterexstirpation bei Nieren- und Uretertuberkulose. Ärztl. Verein Frankfurt a. M. Sitzg. vom 6. Jan. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 380. (Striktur des Ureters 2 cm oberhalb der Einmündung in die Blase; der Ureter wurde durch Anfügung des extraperitonealen Schnittes an den lumbo-abdominalen Schrägschnitt und weite Abschiebung des Peritoneums mit exstirpiert; primäre Heilung.)
15. *Bret, J., und Blanc-Perducet, Die geschlossene Nierentuberkulose. Revue de méd. Nr. 11.
16. Brouardel, Ph., und Giroux, Reins tuberculeux à forme polykystique. Bull. et mém. de la Soc. anat. de Paris. Nr. 7. p. 399. (Rechtsseitige Zystenniere, linksseitige käsige Nierentuberkulose. Tod an Urämie. Sektionsbefund.)
17. *Bryan, R. C., The early diagnosis of renal tuberculosis. New York Med. Journ. Bd. 98. p. 20.
18. *Buerger, L., A case of tuberculosis of the kidney diagnosticated by the authors new method. New York Ac. of Med. Sect. on Surg. Sitzg. vom 7. Febr. Med. Record. New York. Bd. 83. p. 589.
19. *— A new method of diagnosticating renal tuberculosis. Ebenda. p. 590. Amer. Journ. of Surg. Febr. u. Journ. d'Urol. Bd. 3. p. 431.
20. *Casper, L., Zur Diagnose der doppelseitigen Nierentuberkulose. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 1140 u. 1283.
21. *— Nephrophthisis. Berl. med. Ges. Sitzg. vom 19. Febr. Deutsche med. Wochenschrift. Bd. 39. p. 481.
22. *— Zur Nierendiagnostik. Berl. Ges. f. Chir. Sitzg. vom 28. April. Zentralbl. f. Chir. Bd. 40. p. 1107.
23. *— Zur Harnblasenausschaltung wegen Tuberkulose. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 492.
24. — Geschlossene Tuberkulose der Niere. Berl. urol. Ges. Sitzg. vom 15. April. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 940. (Röntgendiagnose; Exstirpation der in grosser verkäster und schwieliger Fettkapsel liegenden kleinen verkästen Niere. Ein ähnlicher Fall — Diskussion — von Lohnstein; Steiner weist auf die Fühlbarkeit des verdickten Ureters bei Frauen hin.)
25. *Castaigne, J., Les indications et les résultats du traitement médical de la tuberculose rénale. Journ. de méd. de Bordeaux. Bd. 84. p. 100.
26. Castaigne, Gouraud und Lavenant, Traitement de la tuberculose rénale par les corps immunisants de Spengler. Journ. méd. franç. 1912. Nr. 11. (Für unoperable Fälle und für Frühfälle ohne käsige Degeneration empfohlen.)
27. Curtis, H., Modern urinary surgery. Practitioner. London. April. (Hebt den sekundären Charakter der Blasentuberkulose und das meist einseitige Auftreten der Nierentuberkulose hervor.)
28. Dalençon, Rein tuberculeux. Bull. et mém. de la Soc. anat. de Paris. Nr. 7. p. 359. (Mehrere Kavernen in der Niere, die teils Eiter, teils klaren Harn enthielten. Nierenbecken tuberkulös. Nephrektomie, Heilung.)
29. Dobrotworsky, B., Ein Fall isolierter Tuberkulose der einen Hälfte einer anormalen (doppelten) Niere. Zeitschr. f. Urol. Bd. 7. p. 92. (Ulzerative Tuberkulose der Papillenspitzen, beschränkt auf die obere Hälfte einer rechtsseitigen verschmolzenen Niere mit zwei Nierenbecken und zwei Ureteren. Nephrektomie, Heilung.)
30. *Eisendrath, D. N., Tuberculosis of the kidney. Interstate Med. Journ. April.
31. Escat, Cas de pseudo-tuberculose. XVII. franz. Kongr. f. Urol. Journ. d'Urol. Bd. 4. p. 814. (Statt der angenommenen Tuberkulose ergab sich Fehlen der Niere bei erhaltenem Ureter.)
32. Esch, P., Zur Frage des Tuberkulosenachweises durch den beschleunigten Tierversuch. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. Nr. 4. (S. Jahresbericht Bd. 26. p. 428.)
33. *Evans, J. H., Tuberculosis of the urinary tract. Lancet. Bd. 2. p. 273.
34. Falgowski, Gestielte mannskopfgrosse Zyste einer tuberkulösen, amyloid entarteten Niere, welche in das kleine Becken verlagert war. Exstirpation durch Bauchschnitt.

Lwowski Tygodnik Lekarski. Nr. 41 u. 42. (Polnisch.) (Laparotomie bei irrtümlicher Diagnose einer Ovarialzyste bei einer 56jährigen Frau, welche vier Kinder geboren und einmal abortiert hatte. Die dünnwandige Zyste mit der Niere zugleich entfernt. Genesung. Mikroskopische Beschreibung und Literatur.) (v. Neugebauer.)

35. Fayol, Tuberculose rénale hématurique. Soc. des scienc. méd. de Lyon. Sitzg. vom 27. Nov. 1912. Lyon méd. p. 22. (Subkapsuläre Nephrektomie rechts, die nur einen grossen Eitersack ohne Tuberkel ergab; die Hämaturie, die nach der Blutung aufhörte, stammte von einer hämorrhagischen Nephritis der anderen Niere.)

36. *Fenwick, E. H., Uro- und Urogenitaltuberkulose. Practitioner. Bd. 90. Nr. 1.

37. Franz, Exstirpation der rechten Niere wegen Tuberkulose. Berl. militärärztl. Ges. Sitzg. vom 21. Juli. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 2271. (Eiweiss und Zylinder im Harn der zurückgebliebenen Niere während der ersten fünf Tage nach Nephrektomie wegen Nierentuberkulose; spontanes Verschwinden.)

38. Fronstein, Gibt es eine primäre Nierentuberkulose? Probleme der wissenschaft. Med. Nr. 4. (Russisch.) (Fronstein kommt zum Schluss, dass die Nierentuberkulose als sekundäre Erkrankung des Organismus aufzufassen ist.) (H. Jentter.)

39. *Gauthier, Ch., Traitement specifique d'une tuberculose rénale; échec, néphrectomie. Journ. d'Urol. Bd. 4. p. 613.

40. — Quatre cas d'exclusion partielle dans la tuberculose rénale. XVII. franz. Kongr. f. Urol. Journ. d'Urol. Bd. 4. p. 813. (Zwei durch Nephrektomie bestätigte Fälle.)

41. Gayet, Tuberculose rénale; néphrectomie précoce; guérison rapide. Soc. de Chir. de Lyon. Sitzg. vom 12. Dez. 1912. Revue de Chir. Bd. 47. p. 405. (Vier Monate nach den ersten Erscheinungen operiert.)

42. *Geipel und Rupprecht, Über Nieren- und Blasentuberkulose. Ges. f. Natur- u. Heilk. Dresden. Sitzg. vom 12. April. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 801.

43. Gerdes, J. U., Fall von Pseudohermaphroditismus femininus externus. Hospitalstid. Nr. 47. (Nephrektomie wegen Nierentuberkulose, Exitus am Tage nach der Operation.)

44. Goldenberg, Nierentuberkulose. Ärztl. Verein Nürnberg. Sitzg. vom 5. Dez. 1912. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 561.

45. Gorasch, Diagnostik der chirurgischen Nierentuberkulose. Wratsch. Gaz. Nr. 24. Verhandl. d. XII. Pirogowschen Kongresses. (Einseitige Bazillurie berechtigt zur Diagnose der Nierentuberkulose. Sichere Diagnose ist möglich nur nach Durchbruch des Herdes ins Nierenbecken. In vorgeschrittenen Fällen von Nierentuberkulose ist die Einseitigkeit des Prozesses schwerer zu konstatieren.) (H. Jentter.)

46. Gordon, G. S., Case of renal tuberculosis. Amer. Journ. of Urol. Bd. 9. Nr. 7. (Vollständige käsige Zerstörung der linken Niere mit Hypertrophie der rechten; Sektionsbefund; der Nierenprozess war latent geblieben und nur Blasensymptome — Pseudodiphtheriebazillen und Staphylokokken — vorhanden gewesen.)

47. *Harbitz, F., Spontanheilung von Nierentuberkulose. Norsk. Mag. f. Laegevid. Nr. 11. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 2476 u. Zeitschr. f. urol. Chir. Bd. 1. p. 582.

48. Hartmann, H., Tuberculose pyélo-urétérale avec intégrité du reinet des calices. Bull. et mém. de la Soc. de Chir. de Paris. Bd. 39. p. 227. (Ausschliessliche Oberflächenerkrankung des Nierenbeckens. Nephrektomie, Heilung.)

49. Hartwell, Tuberculosis of the kidney, nephrectomy. New York Surg. Soc. Sitzg. vom 26. März. Annales of Surg. Bd. 58. p. 404. (Unterbindung und Kauterisation des Ureters, Heilung, später Aufbruch einer lumbalen Fistel. Beträchtliche Besserung der Blasenaffektion nach der Nephrektomie.)

50. *Heitz-Boyer und P. Braun, Anatomie pathologique de la tuberculose rénale (2. Mitteilung); évolution segmentaire de la tuberculose dans le rein; rapports de cette évolution anatomique avec l'évolution, clinique particulièrement avec les remissions symptomatiques; phénomènes d'exclusions partielles. Soc. d'études scientif. sur la tuberculose. Gaz. des Hôp. Bd. 86. p. 42.

51. Hock, Tuberkulose des Harntraktus. Verein deutscher Ärzte in Prag. Sitzg. vom 13. Dez. 1912. Prager med. Wochenschr. Bd. 38. p. 93. (Vernachlässigter Fall von enormer Ausbreitung der Tuberkulose; Mann.)

52. Hoehne, Kombination eines Portiokarzinoms mit einer schweren linksseitigen Nieren- und Uretertuberkulose. Nordwestdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 9. Okt. 1912. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. p. 687. (Erweiterte Totalexstirpation des Uterus, darauf Koliinfektion der linksseitigen Harnwege; nach einem halben Jahre Exstirpa-

tion von Niere und Ureter links. Heilung; ein Jahr später gonorrhoische Infektion des Scheidenstumpfes, der Vulva und Urethra. Der Harn enthält — drei Jahre nach der ersten Operation — keine Tuberkelbazillen, aber Kolibazillen.)
53. *Hogge, A., Contribution à l'étude du traitement de la tuberculose rénale; vingt-cinq néphrectomies; applications de la constante d'Ambard. Annales de la Soc. méd.-chir. de Liège. Bd. 52. p. 86.
54. Hutchinson, W., Tuberculosis of genito-urinary system from general practitioners standpoint. Canadian Med. Assoc. Journ. Bd. 3. Nr. 6.
55. *Janssen, P., Die differentielle Diagnostik der Urophthise. Klin.-therap. Wochenschrift. 1912. Nr. 26.
56. Israel, W., Demonstrationen zur Nierenchirurgie. Zeitschr. f. Urol. Bd. 7. p. 263. (Fall von tuberkulöser Veränderung aller Papillenspitzen, ferner Fall von Kavernen im unteren Nierenteil mit Hydronephrose infolge narbiger Verengerung am Ureterabgang, endlich Fall von völliger Atrophie der rechten tuberkulösen Niere durch Obliteration des Ureters bei völligem Freisein der Blase.)
57. *Kapsammer, G., Tuberculosis of the kidney. Amer. Journ. of Obst. Bd. 68. p. 499.
58. *Karo, W., Pathologie und Therapie der Nierentuberkulose. Zeitschr. f. ärztl. Fortb. Nr. 7.
59. *— Nierenkrankheiten und Tuberkulose. XI. internat. Tuberkulosekonferenz, Berlin. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 2543.
60. — Die Nierentuberkulose. The urol. and cutan. Rev. Bd. 17. Nr. 3.
61. *Keene, F. E., und J. L. Leard, The diagnosis of tuberculosis of the kidney. Amer. Journ. of Med. Sciences. Bd. 146. p. 352.
62. Kindberg, M. L., Etudes sur le rein des tuberculeux; dégénérescence amyloide, néphrite chronique; allergie des lésions aiguës du rein. Thèse de Paris. (Fand bei Lungentuberkulose Amyloidniere, chronische Nephritis und akute allgemeine Läsionen der Niere durch die Bazillen oder die Toxine.)
63. Kohler, A., Roentgen diagnosis in tuberculosis of the kidney. XVII. internat. med. Kongr. Brit. Med. Journ. Bd. 2. p. 415. (Kurze Notiz.)
64. Kramer, Zwei Fälle von Nieren-Blasentuberkulose. Dorpater med. Ges., Sitzg. v. 14. Sept. 1912. St. Petersburger Med. Zeitschr. Bd. 38. p. 88. (Doppelseitige Erkrankung, Tuberkulinbehandlung mit entschiedener Besserung.)
65. Lacour und Bousquet, Tuberculose rénale. Soc. anat.-clin. de Bordeaux. Sitzg. vom 17. Febr. Journ. de Méd. de Bordeaux. Bd. 84. p. 440. (Frühfall, geringe Cystitis, Tuberkelbazillen, nächtliche Pollakiurie, Nierenfunktion fast nicht gestört, dennoch Nephrektomie, die eine haselnussgrosse Kaverne und kleine Herde an den Papillen und im Nierenbecken ergab.)
66. Le Fur, Une observation intéressante de tuberculose renale. Soc. de Méd. de Paris. Sitzg. vom 28. Dez. 1912. Gaz. des Hôp. Bd. 86. p. 43. (Fall von auffallender Besserung einer vorgeschrittenen Nierentuberkulosa unter hygienisch-diätetischer Behandlung; der Fall kann aber nach Guillon — Diskussion — die Notwendigkeit einer Frühoperation nicht widerlegen.)
67. *Legueu, F., Exploration vésicale dans la tuberculose rénale. XVII. franz. Kongr. f. Urol. Journ. d'Urol. Bd. 4. p. 814.
68. — und Chevassu, Treatment of urinary tuberculosis, tuberculin and nephrectomy. California State Journ. of Surg. Bd. 11. Nr. 10. (S. Jahresbericht Bd. 26, p. 425.)
69. *Leichtweiss, F., Nierenveränderungen bei Tuberkulösen. Brauers Beitr. z. Klinik d. Tuberkulose. Bd. 26. Heft 2.
70. Lewin, A., Nierentuberkulose und Addisonsche Krankheit. Berl. urol. Ges. Sitzg. vom 15. April. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 940. (Vergebliche Tuberkulinbehandung; doppelseitige Nierentuberkulose, Verkäsung der Nebennieren.)
71. Lippincott, A. H., Renal tuberculosis; report of case. New Jersey Med. Soc. Journ. Bd. 10. Nr. 1.
72. *Lucas, Technique de la recherche du bacille de Koch dans les urines; avantages de l'emploi d'un sérum agglutinant. Journ. des sciences méd. de Lille. 13. Nov.
73. Mac Donald, S. G., Points in connection with urinary tuberculosis. Clin. Journ. London. Bd. 41. Nr. 12.
74. — Closed renal tuberculosis. West London Med.-Chir. Soc. Sitzg. vom 7. Febr. Lancet. Bd. 1. p. 533. (Verschluss des Ureters.)
75. Marion, G., Ce que cinq granulations tuberculeuses dans un rein peuvent déterminer. Journ. d'Urol. Bd. 3. p. 191. (Fünf kleine tuberkulöse Granulationen in der Nachbar-

schaft der Papillen, welche bereits eine beträchtliche Herabsetzung der Nierenfunktion — Harnstoffausscheidung — Hämaturien und Nierenschmerzen bewirkten, so dass die Nephrektomie gemacht wurde. Heilung.)
76. *Mayer, N., Anwendung biologischer Prüfungen zum frühzeitigen Tuberkelbazillennachweis im Tierversuch. IV. Kongr. d. Deutsch. Ges. f. Urol. Berlin. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 2279.
77. *Minet, Les formes urétérales de la tuberculose rénale. Soc. de Méd. de Paris. Sitzg. vom 28. Juni. Gazette des Hôp. Bd. 8. p. 1244.
78. *Mock, J., A propos de la nephrectomie sans drainage pour tuberculose rénale. Journ. d'Urol. Bd. 4. p. 416.
79. *Mollá, R., Tuberculina y nefrectomia en la tuberculosis del riñon. Rev. de med. y cir. pract. de Madrid. Nr. 1263. Ref. Zentralbl. f. Chir. Bd. 40. p. 1130.
80. — Consideraciones sobre el tratamiento de la tuberculosis del rinon. Semana Med. Buenos-Aires. Bd. 22. Nr. 10.
81. Müller, A. v., Toxische tuberkulöse Nephritis. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. Wien. Sitzg. vom 5. Dez. 1912. Wiener med. Wochenschr. Bd. 63. p. 347. (Toxische Nephritis auf tuberkulöser Basis, Behandlung mit Bakterienemulsion und mit Alt-Tuberkulin, Genesung.)
82. Murard, Tuberculose rénale à forme de périnéphrite avec abcès migrateurs. Soc. des sciences méd. de Lyon. Sitzg. vom 15. Jan. Lyon méd. Nr. 10. p. 507. (Kleine Niere mit Kavernen um den Hilus, tuberkulöse Perinephritis, grosser Abszess auf der Darmbeinschaufel; Exstirpation.)
83. *Nobécourt, P., Recherche du bacille de Koch dans les urines d'enfant atteints d'affections diverses par l'inoculation au cobaye. Soc. d'études scientif. sur la tuberculose. Gaz. des Hôp. Bd. 86. p. 41.
84. Nové-Josserand, G., und Ch. L. Gautier, Tuberculose polykystique l'imitée d'un rein. Lyon méd. 1912. p. 1394. (Nephrektomie; der obere Teil der rechten Niere war durch erbsen- bis nussgrosse Zysten teils flüssigen, teils käsigen Inhalts ersetzt, narbige Demarkation des kranken vom gesunden Teil mit Verschluss des oberen grossen Kelchs.)
85. O'Neil, R. F., und J. B. Hawes, Remarks on the rational treatment of genito-urinary tuberculosis. Boston Med. and Surg. Journ. Bd. 169. p. 492. (Behandeln besonders Kontrolle und Nachbehandlung Operierter mit Tuberkulin, Diät, hygienischen Anordnungen und Medikamenten, z. B. Sandelöl bei noch bestehender Blasenaffektion.)
86. *Oraison, J., A propos du traitement médical de la tuberculose rénale. Journ. de Méd. de Bordeaux. Bd. 84. p. 323.
87. — Trois cas de tuberculose rénale chirurgicale chez l'enfant. Journ. d'Urol. Bd. 4. p. 15. (Bei Mädchen von 7—15 Jahren; Nephrektomie.)
88. *Papin, E., Localisation de la tuberculose rénale par la radiographie. Arch. urol. de la clin. de Necker. Heft 2. p. 177.
89. — und Morel, La radiographie au diagnostic de la tuberculose rénale. XVII. franz. Kongr. f. Urol. Journ. d'Urol. Bd. 4. p. 813.
90. Parkinson, J. P., Tuberculosis of kidney. R. Soc. of Med. Sect. for the study of disease in children. Sitzg. vom 25. April. Lancet. Bd. 1. p. 1239. (Mischinfektion durch Tuberkelbazillen und Staphylokokken. Kolikschmerzen, Schatten in der Lendengegend und in der Gegend des unteren Teiles des Ureters.)
91. Pauchet und Pruvost, Tuberculose rénale. Arch. prov. de chir. Nr. 9. (Unmöglichkeit der Kystoskopie und des Harnleiterkatheterismus, daher diagnostischer Harnleiterkatheterismus nach Sectio alta. Nephrektomie, Heilung.)
92. *Pechère, Considérations sur le traitement de la tuberculose rénale. Journ. méd. franç. 1912. p. 463.
93. *De la Peña, L., Tuberculina y refrectomia en tuberculosis renal. Rev. de med. y cir. práct. de Madrid. Nr. 1259. Ref. Zentralbl. f. Chir. Bd. 40. p. 893.
94. *— La tuberculose rénale est-elle curable par la tuberculine? Span. Med.-chir. Akad. Sitzg. vom 16. Dez. 1912 und 27. Jan. Revue de Chir. Bd. 47. p. 628 u. Bd. 48. p. 159.
95. *Perrier, Diagnostic et traitement de la tuberculose rénale bilatérale. Rev. méd. de la Suisse. Rom. April.
96. Pool, E. H., Tuberculosis of the kidney and ureter, nephroureterectomy. New York Surg. Soc. Sitzg. vom 12. Febr. Annals of Surg. Bd. 57. p. 926. (Der untere Teil des Ureters wurde nach Lilienthal durch einen zweiten Schnitt über dem Poupart-

schen Band extraperitoneal freigelegt, ausgelöst, sein Ende durchschnitten und kauterisiert und dann mit den Nieren entfernt; in der Diskussion wird die Methode von Lilienthal und Dowe empfohlen.)
97. Porcile, V., Contributo alla chirurgia della tubercolosi renale. Policlinico. Bd. 20. Nr. 25.
98. Raw, N., Suprarenal glands and kidneys showing tuberculous infection. Liverpool Med. Inst. Sitzg. vom 13. Febr. Lancet. Bd. 1. p. 614.
99. Reinhart, Geschlossene Nierentuberkulosen. Ärzteverein Wiesbaden. Sitzg. vom 21. Mai. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 1375.
100. *Richardson, E. H., Tuberculosis of urinary system in women. Bull. of Johns Hopkins Hosp. Bd. 24. p. 103.
101. *Robin, A., Traitement de la tuberculose rénale ulcéro-caséeuse. Journ. méd. franç. 1912. p. 476.
102. *Rocher, H. L., und J. Ferron, Tuberculose rénale chez l'enfant; cathéterisme à vision directe. Journ. d'Urol. Bd. 3. p. 153.
103. *Rochet, Die Diagnose und Behandlung der Nieren- und Blasentuberkulose im Anfangsstadium. XVII. internat. med. Kongr. Sekt. f. Chir. u. Urol. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 2310.
104. — Nephrotomie du rein restant après néphrectomie pour tuberculose. Soc. de Chir. de Lyon. Sitzg. vom 28. Nov. 1912. Revue de Chir. Bd. 47. p. 263. (Wegen Schmerzen und Blutungen wurde die zurückgebliebene Niere freigelegt und weil sie gesund befunden wurde, wieder unverändert reponiert, worauf Schmerzen und Blutungen verschwanden.)
105. — Onze cas de néphrectomie avec tuberculose rénale bilatérale. Lyon méd. 1912. p. 980. (Drei starben an der Operation, zwei sind nach anfänglicher Besserung schwer krank, zwei starben nach zwei Jahren, zwei sind seit vier bzw. neun Jahren gesund, zwei sind seit kurzer Zeit operiert.)
106. *Rovsing, Th., Sieben Fälle von Nierentuberkulose ohne Albuminurie. Nord. Tijdskr. f. Terapie. Bd. 11. Heft 11. Ref. Zentralbl. f. Chir. Bd. 40. p. 1760.
107. — La tuberculose du rein. Revue clin. d'Urol. Mai. p. 263.
108. Schwarzwald, Kombination von Tuberkulose und Steinkrankheit der Niere. Ges. d. Ärzte Wien. Sitzg. vom 27. Juni. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 26. p. 1137. (Drei Fälle; die Frage, welcher der beiden Zustände primär ist, wird offen gelassen.)
109. *Smirnow, A. W., Pyonephrosis tuberculosa occlusa. Fol. urol. Bd. 7. Nr. 4.
110. *Spire, A., und A. Boeckel, Arguments obstétricaux en faveur de la néphrectomie pour tuberculose rénale unilatérale. Annales de Gyn. et d'Obst. 2. Serie. Bd. 10. p. 145.
111. Strachauer, A. C., Diagnosis of kidney tuberculosis. Journ.-Lancet. Minneapolis. Bd. 33. Nr. 1.
112. Thomas, B. A., The modern diagnosis of tuberculosis of the kidney. Med. Soc. of the State of Pensylv. 63. Jahresvers. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 61. p. 1484. (Hebt als besonders wertvolle Funktionsprüfung die Indigkarminmethode hervor. In der Diskussion betont Uhle die Notwendigkeit des Tierversuches.)
113. Tixier und Murard, Tuberculose rénale et périnéphrite. Soc. des scienc. méd. de Lyon. Revue de Chir. Bd. 47. p. 773. (Stark verkleinerte Niere mit massiger sklerosierter, mit Abszessen durchsetzter Umhüllung; Nephrektomie.)
114. *Vincent, Forme intéressante de tuberculose rénale. XVII. franz. Kongr. f. Urol. Journ. d'Urol. Bd. 4. p. 814.
115. *Voelcker, Zur Indikationsstellung bei Nierentuberkulose. 42. Kongr. d. Deutsch. Ges. f. Chir. Zentralbl. f. Chir. Bd. 40. Kongressbeil. p. 90.
116. *Walker, K. M., The paths of infection in genito-urinary tuberculosis. Lancet. Bd. 1. p. 435.
117. *Ware, M. W., Die diskutierbaren Punkte in der chirurgischen Indikationsstellung der reno-ureteralen Tuberkulose. Amer. Journ. of Surg. Bd. 27. p. 140.
118. Wildbolz, H., Die Chirurgie der Nierentuberkulose. Stuttgart, F. Enke. Bd. 6 der Neuen Deutsch. Chir. von P. v. Bruns. (Ausgezeichnete und erschöpfende Monographie, die die in diesen Berichten vielfach referierten Ansichten des Verfassers enthält.)
119. *— Diagnose und Behandlung der Nieren- und Blasentuberkulose im Anfangsstadium. XVII. intern. med. Kongr. London. Sekt. f. Chir. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 1963.

120. Wischnewsky, A. W., Ein Fall von irrtümlicher Deutung eines Nieren-Röntgenogramms. Zeitschr. f. Urol. Bd. 7. p. 879. (Fall von Tuberkulose der Niere, bei der vor fünf Jahren auf Grund einer Röntgenuntersuchung Nierensteine angenommen worden waren.)

Pathologie der Nierentuberkulose.

Fenwick (36) erklärt die primäre Infektion der Niere mit Tuberkulose auf dem Blutwege, jedoch bringt sekundäre Infektion mit pyogenen Bakterien häufig erst einen bis dahin latenten Prozess zum Aufflackern und veranlasst dann die Gewebseinschmelzung. Die Nierenbecken- und Ureterschleimhaut erkrankt infolge der Toxinwirkung. In $90^0/_0$ der Fälle ist die Diagnose durch den Bazillennachweis zu stellen. In den allerersten Anfängen, wenn noch keinerlei Nierensymptome bestehen, kann mit Neutuberkulin behandelt werden, sowie aber Nierensymptome auftreten, muss die Niere exstirpiert werden.

Karo (59) erklärt ein Drittel aller schwer organischen Nierenkrankheiten für Tuberkulose und führt die Häufigkeit der Nierentuberkulose auf die Funktion der Niere als Filter für alle die Organismen passierenden Noxen zurück. Mit der Schädigung des Nierenfilters wächst die Disposition zur Tuberkulose. Nephritiden durch Tuberkulose anderer Organe sind von beginnender echter Nierentuberkulose schwer zu unterscheiden. Die Nephritis kann nach Ausheilung einer Lungentuberkulose fortbestehen.

Richardson (100) nimmt für die grosse Mehrzahl der Nierentuberkulosen die hämatogene Infektion an. Die verschiedensten Krankheitsbilder (Polyurie, Dysurie, Hämaturie, Pyurie, kolikähnliche Schmerzen, palpabler Nierentumor, Nachtschweisse, Fieber, Kachexie) entsprechen den gleichfalls verschiedenen anatomischen Veränderungen. Zur Diagnose leistet ausser Kystoskopie, Ureterenkatheterismus, Funktionsprüfung auch das Skiagramm wichtige Dienste. Bei gesunder anderer Niere ist möglichst baldige Nephrektomie zu verlangen, bei zweifelhaftem Zustand der anderen Niere ist diese durch Probeinzion freizulegen. Blasentuberkulose nach der Nephrektomie kann mit Jodoformöl, Sublimat etc. behandelt werden.

Walker (116) nimmt als häufigsten Infektionsweg der Tuberkelbazillen die Lymphgefässe an, die den Ureter begleiten und ist Anhänger der aufsteigenden Infektion, die er auch ohne Behinderung des Harnabflusses für möglich hält.

Geipel (42) fand bei $85^0/_0$ aller Nierentuberkulosen Rindentuberkel in der Niere und erklärt die Infektion als eine hämatogene. Die Tuberkelbazillen passieren die Glomeruli und setzen sich in den geraden Kanälchen fest, so dass sich in den Pyramiden die Tuberkulose entwickelt. Aszendierende Tuberkulose kommt durch Ureterverlegung zustande. Die Kittniere ist als Ausheilungsstadium anzusehen, weil in ihr nie Tuberkelbazillen gefunden wurden. Zur Diagnose ist der Impfversuch am wichtigsten, die Bazillenfärbung lässt im Anfangsstadium häufig im Stich, auch die Antiforminmethode gibt häufig fehlerhafte Resultate.

Rupprecht (42) erwähnt als klinisch wichtige Formen der Nierentuberkulose 1. das tuberkulöse Geschwür der Papille mit Gefahr der Verblutung, 2. die kavernöse Nephrophthise, 3. die noduläre, 4. die massive Form — beide prognostisch sehr schlecht, 5. die geschlossene Tuberkulose durch Ureterverschluss, 6. die tuberkulöse Pyonephrose, 7. die atrophische Form — Kittniere; ferner von Komplikationen die bindegewebige Entartung der Fettkapsel, die Perforation der Pyonephrose und die Ureter- und Blasentuberkulose. Zur Diagnose der einseitigen Tuberkulose wird die Kystoskopie und die Chromokystoskopie an erste Stelle gesetzt, bei unmöglicher Kystoskopie (z. B. bei Kindern) die Tuberkulininjektion. Ausserdem kann die provisorische Ureterunterbindung gute Dienste leisten. Die Prognose hängt von der Komplikation mit Blasentuberkulose ab. Therapeutisch ist die Nephrektomie indiziert, bei Hufeisenniere die Resektion. Zur Nachbehandlung wird Tuberkulin empfohlen.

Harbitz (47) fand bei elf Sektionsfällen mit anderweitiger Todesursache als Nebenbefund eine abgelaufene Nierentuberkulose und folgert daraus die Möglichkeit einer Spontanheilung. Mehrfach fand sich auch eine ausgeheilte Blasentuberkulose.

Heitz-Boyer und Braun (50) nehmen den Beginn der geschwürig-käsigen Nierentuberkulose an den Papillen an, von wo sie sich auf die Pyramide und dann auf die Rinde weiter verbreitet, aber auf einen „Renikulus" sich beschränkt. Die Öffnung, mit der diese Hohlräume mit dem Nierenbecken kommunizieren, kann durch Narbenkonstriktion sich verschliessen, so dass es zur Exklusion einer solchen Kaverne kommt. Sind dabei einzelne Renikuli intakt, so kann eine scheinbare Heilung zustande kommen.

Kapsammer (57) unterscheidet pathologisch-anatomisch eine tuberkulöse Nephritis, die gewöhnlich rasch zum Tode führt, eine infiltrierende Form mit Ausgang in Sklerose, eine tuberkulöse Ulzeration der Papillen, mit Blutungen einhergehend und in Pyonephrose endi-

gend, endlich eine kavernöse Form, bei der die Kavernen meist nahe einem Nierenpol sitzen und die meist auch in Pyonephrose ausgeht. Die Therapie besteht nur in frühzeitiger Nephrektomie, und zwar extraperitoneal, womöglich mit Belassung der Nierenkapsel, aber Exstirpation des miterkrankten Ureters. Bei doppelseitiger Erkrankung kann ebenfalls die Nephrektomie günstig wirken, wenn die schwerer erkrankte Niere vollständig funktionsunfähig ist oder durch Toxine die andere Niere schädigt.

Minet (77) erklärt den Übergang der Tuberkulose von der Niere auf den Ureter für eine ernste Komplikation, die die sofortige Operation indiziert.

Smirnow (109) erklärt die geschlossene tuberkulöse Pyonephrose für selten (nur 25 Fälle einschliesslich einer Eigenbeobachtung auffindbar) und führt sie auf Obliteration des Nierenbeckens und des Ureters, besonders in seinem Anfangsteil zurück. Das klinische Bild wechselt, je nachdem die Blase tuberkulös erkrankt oder gesund ist, in welch letzterem Fall der Ureter für den Katheter undurchgängig ist. Der Sack kann ins perirenale und periureterale Bindegewebe durchbrechen oder einen Senkungsabszess entlang des Psoas bewirken und so eine Wirbelerkrankung vortäuschen. Die Diagnose ist, wenn die Kystoskopie unmöglich ist, nur durch den Nachweis der vergrösserten Niere und probatorische Freilegung möglich. Der von Smirnow beschriebene Fall war durch gesunde Blase und Senkungsabszess ausgezeichnet.

Vincent (114) beschreibt einen Fall von auf das Nierenbecken beschränkter Tuberkulose ohne Ergriffensein des Parenchyms. Ein ähnlicher Fall von Nierenbeckentuberkulose — starke Pyurie bei ungestörter Nierenfunktion — wird von Gauthier mitgeteilt.

Bret und Blanc-Perducet (15) teilen einen Fall von geschlossener Nierentuberkulose mit, der vollständig unter dem Bilde der chronischen Nephritis verlief und erst bei der Sektion erkannt wurde.

Zangemeister (c. 6, 58) hebt die Seltenheit einer Komplikation der Schwangerschaft mit Nierentuberkulose hervor, welche, wie es scheint, im allgemeinen in ihrem Fortschreiten durch Schwangerschaft nicht gefördert wird.

Spire und Böckel (110) erkennen in der Gravidität eine schwere Komplikation einer bestehenden einseitigen Nierentuberkulose, namentlich durch Kompression des Ureters und dadurch hervorgerufene Retention und Mischinfektion mit Kolibazillen. Umgekehrt bedroht eine Nierentuberkulose eine eingetretene Schwangerschaft in ihrem Fortbestehen, weshalb in der Gravidität die Nephrektomie für indiziert erklärt wird.

Diagnostik.

Casper (20) betont bezüglich der Diagnose der Tuberkulose in der anderen Niere, dass bei gegen Meerschweinchen virulentem Harn, der gleichzeitig die Merkmale der Nephritis — Eiweiss und Zylinder — zeigt, nicht auf Nierentuberkulose, sondern auf Ausscheidungstuberkulose zu schiessen ist, da entzündlich erkrankte Nieren im Gegensatz zu gesunden Nieren Tuberkelbazillen passieren lassen. Sind ausser Eiweiss und Zylindern Leukozyten und Erythrozyten vorhanden, so ist eine Nierentuberkulose nicht sicher (Kielleuthner), wohl aber möglicherweise vorhanden, weil auch nephritische Harne Leuko- und Erythrozyten enthalten können. Fehlen dagegen Leuko- und Erythrozyten, so ist auf Ausscheidungstuberkulose zu schliessen. Bei wirklicher Tuberkulose ist allerdings der Harn viel reicher an weissen und roten Zellen und die ersteren sind dauernd vorhanden; Zylinder sind, wenn überhaupt vorhanden, sehr spärlich, der Eiweissgehalt entspricht den vorhandenen Leukozyten und die Funktion ist; selbst wenn der Prozess im Beginne ist, beträchtlich herabgesetzt. Die Exstirpation einer tuberkulösen Niere ist also nur kontraindiziert, wenn die andere Niere Sitz aktiver Tuberkulose ist, nicht dagegen, wenn ihr Harn lediglich Tuberkelbazillen enthält.

In der Diskussion betont Portner, dass auch bei klarem Harn, wenn dieser Tuberkelbazillen enthält, eine anatomische Tuberkulose vorhanden sein kann. Israel erwähnt als Fehlerquelle, dass aus der Blase durch den Ureterkatheter in den anderen Ureter transportierte oder in diesem schon vorher befindliche Tuberkelbazillen mit den ersten Portionen des ausliessenden Harns entleert werden können.

Rochet (103) hebt hervor, dass das Vorkommen einer granulären Form der Nierentuberkulose mit diskreten und oberflächlichen Läsionen noch nicht erwiesen ist. Wenn sie überhaupt vorkommt, ist die Diagnose dieses Stadiums äusserst schwierig. Als Symptome beginnender Nierentuberkulose werden nächtliche Inkontinenz, Hämaturie und Albuminurie erwähnt. Besonders wichtig ist hier die spezifische Untersuchungsmethode nach Bordet und Gengou und die Tierimpfung. Bei einfachem Bazillennachweis will Rochet noch

mit der Operation warten, nicht aber bei Pyurie, Beeinträchtigung der Funktion, Komplikationen von der Blase aus, schweren Blutungen, Fieber und Anurie, besonders bei ulzerösen und käsigen Prozessen. Vorher soll eine diätetische und klimatische Behandlung eingeleitet werden. Auch die Behandlung mit Spenglerschen Antikörpern wird für manche Fälle empfohlen. Bei doppelseitiger Erkrankung ist die eine Niere meist schwerer erkrankt als die andere; operiert soll aber in diesem Falle nur werden, wenn die Erkrankung auf einer Seite sehr schwer ist und das Leben bedroht. Die Blasentuberkulose heilt nach der Nephrektomie meist aus; ist dies nicht der Fall, so ist die Blase wie bei primärer Blasentuberkulose zu behandeln; im Anfangsstadium ist allgemeine Behandlung zu empfehlen, spezifische Behandlung nur, wenn auch die Niere erkrankt ist, lokale Behandlung bei vorgeschrittener Tuberkulose, Pyurie, Hämaturie und Inkontinenz.

Bryan (17) führt als erste Symptome der Nierentuberkulose die Polyurie als Folge der lokalen Kongestion und Dysurie und Pollakiurie als Folge der Ausscheidung von Toxinen an. Dabei können die Nierenbeschwerden auf der gesunden Seite ihren Sitz haben. In den ersten Harnproben werden häufig noch keine Bazillen gefunden. Nierenblutungen sind nur bei Erkrankung der Papillen, nicht bei kortikalen Läsionen vorhanden. Die Kystoskopie ergibt im Frühstadium häufig noch keine positiven Befunde, zuweilen entsteht bei Einführung des Ureterkatheters ein Krampf des Ureters mit Exazerbation des Schmerzes. Im Anfange wird Tuberkulin- und diätetische Behandlung, bei der geringsten Verschlimmerung aber die Operation empfohlen.

Buergers (18, 19) Methode des Nachweises der Nierentuberkulose bei Abwesenheit von deutlichen Blasenveränderungen besteht in der Exzision von Stückchen des ödematösen Gewebes in der Umgebung der Uretermündungen und dem mikroskopischen Nachweis von Miliartuberkulose in diesem Gewebe. Solche Tuberkel finden sich im Gewebe der Schleimhaut, bevor im Kystoskop sichtbare Knötchen vorhanden sind. Die Probe ist besonders in solchen Fällen zu verwenden, wenn von der auf Tuberkulose verdächtigen Niere kein Harn gewonnen werden kann und der Tierversuch nicht ausführbar ist. Ein Fall von Nephrektomie wird mitgeteilt.

In der Diskussion empfiehlt Barringer für zweifelhafte Fälle das Tuberkulin und Furniss macht auf die fast stets vorhandene Retraktion des Ureters beim Eintritt in die Blase aufmerksam. Mc Carthy empfiehlt überhaupt für zweifelhafte Fälle Probeinzisionen im Kystoskop.

Janssen (55) erwähnt als hauptsächlichste diagnostische Methoden für die Erkennung der Urotuberkulose die bakteriologische Untersuchung des Harns, die Kystoskopie und den Ureterkatheterismus. Die Knötchenbildung in der Umgebung der Uretermündung findet in den Frühstadien statt, bei vorgeschrittener Erkrankung ist das Aussehen der tuberkulösen Geschwüre und die käsige Degeneration der Tuberkel charakteristisch. Bei Mischinfektionen kann die Diagnose ex juvantibus gestellt werden, weil bei pyogener Cystitis Spülungen eine rasche Besserung der Cystitis bewirken, bei Tuberkulose dagegen nicht. Ferner wird die Neigung zur Schrumpfung der Muskularis und die Herabsetzung der Blasenkapazität als Eigentümlichkeit der Tuberkulose hervorgehoben. Endlich ist in zweifelhaften Fällen, ob Tuberkulose, Stein oder Tumor, der Tierversuch und die Röntgendurchleuchtung zu Hilfe zu nehmen. Die geschlossene Tuberkulose ist an Undurchgängigkeit des Ureters bei der Sondierung und Untätigkeit der Ureterpapille zu erkennen. In letzter Linie kommt die diagnostische Tuberkulininjektion in Betracht.

Evans (33) erinnert daran, dass jede chronische Cystitis ohne Gonokokken oder sonstige Nachweisbarkeit einer Ursache den Verdacht auf Tuberkulose erwecken muss, zu deren Nachweis ausser dem Vorhandensein der Tuberkelbazillen die Calmettesche, die Pirquetsche oder die Morosche Reaktion, ausserdem die Kystoskopie empfohlen werden. Als häufig wird das Auftreten sekundärer pyogener Infektion bezeichnet und für solche Fälle das Kystopurin empfohlen. Das erste vordringliche Symptom ist die Kystalgie.

Keene und Leard (61) betonen die primäre Einseitigkeit der Nierentuberkulose und deren Entstehung auf dem Blutwege. Die subjektiven Symptome von seiten der Niere sind sehr wechselnd, dagegen muss eine hartnäckige Cystitis stets den Verdacht einer Nierentuberkulose hervorrufen, ebenso Pyurie ohne Auffindung von Bakterien. Fieberfröste deuten, wenn keine Mischinfektion der Harnwege vorhanden ist, auf eine disseminierte Tuberkulose. Die Palpation der Nieren liefert unsichere Resultate, auch die Verdickung eines Ureters ist kein charakteristischer Befund. Die Tuberkulinprobe ist unsicher. Dagegen ist Kystoskopie und Harnuntersuchung vom höchsten Wert für die Sicherung der Diagnose. Unter den Impfverfahren wird der Blochschen Methode der Vorzug gegeben. Ein positives

Resultat beweist das Vorhandensein der Tuberkulose, bei negativem Resultat ist die Untersuchung zu wiederholen.

Wildbolz (119) definiert als Frühstadium der Nierentuberkulose nicht die Kürze der Zeit nach Ablauf der ersten subjektiven Symptome, sondern das Beschränktsein der Gewebsveränderungen der Niere auf so kleine Bezirke, dass die Funktion des Organs noch nicht wesentlich beeinträchtigt ist, also einerseits vereinzelte Rindentuberkel bei Lungentuberkulose, die als Anfang einer kurz vor dem Exitus einsetzenden Nierentuberkulose aufzufassen sind, ferner tuberkulöse im Mark oder an der Grenze von Mark und Rinde oder in den Nierenpapillen auftretende Prozesse, die als das eigentliche Frühstadium der Nierentuberkulose anzusehen sind. Als Symptome dieses Frühstadiums werden hervorgehoben: Allgemeinerscheinungen (Müdigkeit, Veränderung der Arbeitsfähigkeit und Abmagerung) und lokale Erscheinungen, besonders Pollakiurie, nächtliche Inkontinenz, Dringlichkeit des Miktionsbedürfnisses, Schmerzen in der Blase, Albuminurie, Polyurie, verminderter Blutdruck, abnorm starke Azidität des Harns, Pyurie, kystoskopisch erkennbare Blasenveränderungen am Ureterostium, Antigennachweis und Bazillenbefund. Verworfen wird hierbei die subkutane Tuberkulininjektion, auch Ophthalmoreaktion und Subkutanreaktion sind nicht entscheidend. Mit Sicherheit kann die Diagnose nur gestellt werden, wenn neben den Bazillen noch Eiterkörperchen nachweisbar sind und die Niere eine, wenn auch geringe, so doch deutliche Funktionsstörung zeigt. Die konservative Behandlung vermag auch bei solchen Frühstadien eine Heilung nicht zu bewirken und deshalb ist auch bei solchen Fällen die Nephrektomie die einzige Heilmethode.

In der Diskussion erklärt Kümmell als Frühstadium das Vorhandensein objektiver Symptome so weit, dass Ureter und Blase noch nicht oder nur ganz wenig angegriffen sind; subjektive Symptome brauchen noch nicht vorhanden zu sein. Allerdings können bei Freisein der Blase und des Ureters die Zerstörungen in der Niere schon vorgeschritten sein. Für möglichst frühzeitige Nephrektomie sprechen sich Kümmell, Fullerton, van Houtom, Leedham - Green, Newman und Rovsing aus; nur Fenwick befürwortete das Tuberkulin in schwachen Dosen.

Bazy (8) diagnostizierte eine Nierentuberkulose, bei der nur eine Papille tuberkulös erkrankt war, auf Grund von kolikartigen Schmerzen, renaler Hämaturie, nächtlicher Pollakiurie und stumpfem, glanzlosem Aussehen des Harns (P. Bazy), endlich aus dem Nachweis von Tuberkelbazillen im Nierenharn. Nephrektomie, Heilung.

Barnay (5) fand das Resultat der Tierimpfung bei Nierentuberkulose unter 252 Fällen nur in zwei Fällen nicht zutreffend, einmal negativ bei totalem Harnleiterverschluss und einmal positiv bei Glomerulonephritis ohne Nierentuberkulose, aber mit Lungentuberkulose.

Bauereisen (7) empfiehlt zum Nachweis einer beim Meerschweinchen nach Einverleibung des zu prüfenden Materials entstandenen Tuberkulose die von Römer (Beitr. z. Klinik d. Tuberkulose, XIV, 1) angegebene intrakutane Injektion von Alttuberkulin als verlässigste und schnellste Methode, welche nach 2—3 Wochen an dem Erscheinen einer hämorrhagischen Quaddel mit sekundärer Nekrose die Tuberkulose erkennen lässt. Zur Einverleibung des zu prüfenden Materials wird die subkutane Injektion für klinische Zwecke empfohlen.

Karo (58) hebt bei Nierentuberkulose, da der Bazillennachweis im Harn nicht immer gelingt und auch der Tierversuch bei Obliteration des Harnleiters im Stiche lässt, die Wichtigkeit der diagnostischen Injektion von Alttuberkulin hervor. Er hält die Nephrektomie bei Nierentuberkulose, da diese durch Lymphdrüsentuberkulose bedingt ist, nur für einen palliativen Eingriff und hält sie nur für indiziert bei eiterhaltigen Kavernen und bei Infektion der Blase. In allen übrigen Fällen tritt er für die Tuberkulinbehandlung ein, welche ausserdem das Allgemeinbefinden für eine ev. später notwendig werdende Operation zu kräftigen imstande ist.

Lucas (72) empfiehlt zur Anreicherung der Bazillen beim Nachweis von Tuberkelbazillen im Harn den Zusatz einiger Tropfen agglutinierenden Serums zu 100 ccm Harn, Zusatz von 60%igem Alkohol bis zu einem spezifischen Gewicht von 0,999, 24stündiges Sedimentieren, Auflösung der Phosphate mit Essigsäure, bzw. der Urate durch Erwärmen oder des Eiters mit Natriumsulfat, endlich halbstündiges Zentrifugieren und Färbung nach Ziehl - Neelsen.

Mayer (76) empfiehlt die Kombination der intrakutanen und subkutanen Tuberkulininjektion zur Prüfung der Meerschweinchen auf Tuberkulose. In der Diskussion tritt Oppenheimer für seine Impfmethode ein.

Nobécourt (83) fand die Tierimpfung bei Nierentuberkulose aller Formen im Kindesalter positiv, dagegen negativ bei Lungentuberkulose mit Erkrankungen der Nieren.

Ware (83) erklärt als das wichtigste diagnostische Mittel für die Frühdiagnose der Nierentuberkulose den Nachweis der Tuberkelbazillen, jedoch kann Nierentuberkulose durch eine einfache Bazillurie von einem anderweitigen Tuberkuloseherd aus vorgetäuscht werden. Dabei ist auf eine den Symptomen der Nierentuberkulose vorausgehende Albuminurie besonderer Wert zu legen. Um bei der Nephrektomie eine primäre oder sekundäre Blutung zu verhüten, wird ausgedehnte Freilegung der Niere und Unterbindung jedes einzelnen Gefässes vorzunehmen sein; um im Hilus einen kleinen Stiel zu bilden, kann ein Teil der Kapsel zurückgelassen werden. Vor und nach der Operation ist die Blase der „Barometer" des Operationsresultats. Eine Spontanheilung einer einseitigen Nierentuberkulose ist ausgeschlossen.

Beer (9) empfiehlt für zweifelhafte Fälle die diagnostische Probe mit Alttuberkulin und führt einen Fall von Nierentuberkulose an, in welchem erst die Tuberkulinprobe durch allgemeine und lokale Reaktion die Entscheidung brachte.

Leichtweiss (69) fand bei Tuberkulösen in 32% eine meist geringe Albuminurie, in 42% rote Blutkörperchen und in 12% Zylindrurie, Erscheinungen, welche auf Nierengewebsschädigungen durch die Ausscheidung der Tuberkelbazillen und ihrer Toxine zurückgeführt werden.

Bernstein (11) fand bei Impfversuchen mit Harn bei an Lungentuberkulose Erkrankten (100 Fälle) in 10% der Fälle Virulenz, obwohl Erkrankungserscheinungen in den Harnorganen fehlten; in drei Fällen fanden sich Leukozyten im Sediment. In 3,4% der Sektionen bei Lungentuberkulose fanden sich die Nieren erkrankt.

Legueu (67) verwirft den diagnostischen Ureterkatheterismus nach geöffneter Blase und empfiehlt in solchen Fällen die Bestimmung der Ambardschen Konstante oder, wenn diese zweifelhaft bleibt, die probatorische Freilegung einer Niere mit temporärer Ureterostomie. In der Diskussion empfiehlt Carlier unter Verwerfung des Ureterkatheterismus nach Eröffnung der Blase die doppelseitige Freilegung der Niere.

Rocher und Ferron (102) erklären unter Mitteilung eines Falles von Nierentuberkulose mit Nephrektomie bei einem elfjährigen Mädchen bei Mädchen über fünf Jahren die direkte Kystoskopie mit Ureterenkatheterismus stets für möglich. Zuweilen sind die Ureteren nur für feine Bougies zugänglich. Bei ungeberdigen Kindern ist allgemeine Narkose nötig.

Papin (88) konnte in zwei Fällen, in welchen Ureterenkatheterismus und Harnscheidung unausführbar waren, mittelst Radiographie die vollständige Zerstörung einer Niere nachweisen. Die Bestimmung der Ambardschen Konstante ergab gute Funktion der anderen Niere. Nephrektomie, Heilung.

Rovsing (106) fand unter 200 Fällen von Nierentuberkulose siebenmal fehlende Albuminurie. In sechs Fällen handelte es sich um beginnende, einmal aber um sehr vorgeschrittene Tuberkulose.

Hogge (53) erklärt die Ambardsche Konstante nicht für absolut genügend für die Beurteilung der Nierenfunktion, sondern fordert in Übereinstimmung mit Legueu, dass sie mit anderen Methoden verglichen werden müsse, besonders mit der Prüfung der Wasserausscheidung. Unentbehrlich bleibt ferner der Ureterkatheterismus. Trotz beträchtlicher Erhöhung der Konstante kann die Nephrektomie in Frage kommen. Es wurden 25 operierte Fälle von Nierentuberkulose mit 21 Heilungen, zum Teil Dauerheilungen, mitgeteilt.

Therapie.

Eisendrath (30) berechnet die Operationsmortalität bei frühzeitiger Nierentuberkulose auf etwas über 2% und die entferntere Mortalität auf nicht viel höher. In den ersten Monaten der Erkrankung ist die Tuberkulose in über 90% einseitig. Eine Spontanheilung der Nierentuberkulose ist ausgeschlossen. Klinisch werden Fälle von vorwiegenden Blasenbeschwerden, ferner solche mit vagen Nierenschmerzen, Pyurie und Abmagerung, oder solche mit Pyurie und Fieber, solche mit plötzlicher initialer Hämaturie, solche mit Nachweisbarkeit einer Nierenschwellung, endlich solche mit perinephritischer Abszessbildung unterschieden. Als Kontraindikationen gegen die Nephrektomie werden nur vorgeschrittene Tuberkulose anderer Organe und Tuberkulose der anderen Niere genannt.

Casper (21, 23) zeigt an einem Fall mit Ausschaltung der tuberkulösen Blase und lumbaler Uretereinpflanzung, dass noch nach $1\frac{1}{2}$ Jahren der ausfliessende Harn klar und steril war und dass also eine Infektion des direkt nach aussen abgeleiteten Ureters und der Niere durchaus nicht einzutreten braucht.

Bernard (10) erörtert die Möglichkeiten der Involution tuberkulöser käsiger Herde und Kavernen in der Niere und erklärt alle beschriebenen Heilungen nur für Remissionen. Auch eine geschlossene Tuberkulose ist eine stete Gefahr für den Organismus und es ist daher die Nierentuberkulose stets operativ und radikal zu behandeln.

Mock (78) glaubt, dass die Drainagierung nach Nephrektomie wegen Nierentuberkulose die Bildung einer Lumbalfistel begünstigt und empfiehlt mit Delbet die Wunde ohne Drainage zu schliessen.

Heidler (g. 5, 24) äussert sich bei Nierentuberkulose unter Mitteilung eines Falles für möglichst frühe Operation und gegen konservative Behandlung.

Voelcker (115) spricht sich gegen die konservative Behandlung der Nierentuberkulose auch im Frühstadium aus und betont, dass die Abnahme des Eiters und der Bazillen im Harn für eine Ausheilung des Krankheitsherdes nichts beweist, sondern eher auf ein Fortschreiten deutet, indem die Niere durch Verkäsung sich selbst ausschaltet und der Ureter durch käsige Massen verschlossen wird. Vorschläge zu einer konservativen Behandlung müssen sich unbedingt auf genaue kysto- und ureteroskopische Untersuchung stützen. Befindet sich die Niere im Zustande schlechter Funktion, so ist sie erheblich erkrankt und es ist durch konservative Behandlung eine Ausheilung mit Wiederherstellung der Funktion nicht zu erwarten. Dagegen kann bei gut funktionierender Niere mit offenbar ganz kleinem Herd eine konservative Behandlung versucht werden, jedoch nur unter kystoskopischer Kontrolle; bei Verschlechterung der Funktion muss operiert werden. Bessert sich die Funktion unter Abnahme des Eiters und der Bazillen, so könnte die konservative Behandlung fortgesetzt werden, jedoch wurde ein solcher Fall noch nicht beobachtet.

Krömer (f. 3, 6) beschreibt vier Fälle von Nephrektomie bei Nierentuberkulose, einmal in einer kongenital dystopischen rechten Niere mit Mischinfektion durch Streptokokken und Koli, einen mit exulzerierten Papillen und obliterierender Ureteritis im unteren Teil, einen mit weitgehender Zerstörung der Niere und des Nierenbeckens, aber glücklichem Ausgang, endlich einen mit gleichzeitiger Tuberkulose der Nebennieren, bei dem die Bronzeflecken nach der Exstirpation abblassten.

Perrier (95) empfiehlt bei heftigen Blasenschmerzen und doppelseitiger Nierentuberkulose, wobei eine Nephrektomie kontraindiziert ist, die suprapubische Eröffnung der Blase.

Castaigne (25) verteidigt die spezifische Behandlung der Nierentuberkulose und erklärt sie besonders bei der granulären Form der Tuberkulose für angezeigt, welche sich durch Hämaturie, einfacher Albuminurie, Kystalgie, nächtliche Inkontinenz und einseitige Bazillurie kennzeichnet. Bei Kavernenbildung kann die spezifische Behandlung keine Heilung bringen, aber auch hier kann sie bessernd wirken, wie die mit Tuberkulin behandelten Fälle von doppelseitiger Erkrankung erweisen. Bei kavernösen, einseitigen Formen ist deshalb die Nephrektomie angezeigt, jedoch soll eine Tuberkulinbehandlung der Operation folgen; bei doppelseitiger Erkrankung ist die Tuberkulinbehandlung am Platze. Benutzt wurden die Spenglerschen Immunkörper.

Gauthier (39) erzielte bei Nierentuberkulose mit geringfügigen Symptomen durch Injektion von Bakteriolysin anfangs scheinbare Besserung; nach sechs Monaten trat Verschlechterung und Pyurie ein, so dass die Niere exstirpiert wurde; er spricht sich deshalb stets für frühzeitige Operation aus.

Mollá (79) wendet sich gegen die Tuberkulinbehandlung der Nierentuberkulose, weil kleine Dosen nichts nützen, grosse Dosen schädigen und Zeit verloren geht.

Oraison (86) bekämpft im allgemeinen die von Castaigne befürwortete spezifische Behandlung, lässt aber doch bei Nieren, die die ersten Anfänge der Erkrankung zeigen und dabei noch volle Funktionsfähigkeit besitzen, die Behandlung mit Spenglerschen Immunkörpern zu. Jedoch soll bei der geringsten Funktionsstörung zur Operation geschritten werden. Die Diagnose einer granulären Form der Nierentuberkulose wird für sehr schwierig erklärt.

Pechère (92) spricht sich in leichten beginnenden Fällen von Nierentuberkulose für konservative Behandlung aus, bei älteren, schweren Fällen für die Exstirpation.

De la Peña (93/94) bezeichnet die durch Tuberkulin bei Nierentuberkulose angeblich erzielten Heilungen als Scheinheilungen, hält aber doch das Tuberkulin bei nur verdächtigen Fällen, bei doppelseitiger Erkrankung und bei Unmöglichkeit des Harnleiterkatheterismus, ferner wenn nach der Nephrektomie auf der anderen Seite Beschwerden eintreten, für verwertbar. Bei sicherer Diagnose ist die Nephrektomie auszuführen, deren Operationsmortalität auf 2—5, deren spätere auf 14—15% angegeben wird, während die Zahl der vollständigen Heilungen 50% beträgt.

Robin (101) erklärt die medikamentöse Behandlung bei Nierentuberkulose für angezeigt bei doppelseitiger Erkrankung, bei Multiplizität tuberkulöser Herde und bei Tuberkulose einer Solitärniere und empfiehlt rektale Injektionen von Kreosot, subkutane von Gomenolöl, Urotropin bei Pyurie, aber nicht gereizter Niere, Balsamika, klimatische Behandlung, ausserdem Tuberkulin bei afebrilen und Marmoreksches Serum bei febrilen, schwer toxischen Fällen.

Lilienthal (g. 8, 97), spricht sich in eingeschränktem Masse für eine konservative Behandlung der Nierentuberkulose aus. Das Vorhandensein von Tuberkelbazillen im Harn ohne Eiterung und ohne allgemeine Erscheinungen kann durch einfache Ulzeration des Nierenbeckens oder durch einen isolierten Rindenabszess bewirkt sein und kann auf konservativem Wege geheilt werden. Ist die Operation angezeigt, so soll ausser der Niere der ganze Ureter retroperitoneal exstirpiert werden.

10. Nierenverletzungen.

1. Barkley, A. H., Subparietal rupture of kidney, with report of cases. Kentucky Med. Journ. Bd. 11. Nr. 11.
2. *Beall, F. C., Subcutaneous rupture of the kidney. Med. Record. Bd. 83. p. 64.
3. Biernath, Fall von Lungen- und Nierenschuss. Berl. Ges. f. Chir. Sitzg. vom 27. Okt. Zentralbl. f. Chir. Bd. 40. p. 1923. (Selbstmordversuch eines 22jährigen Mädchens, Hämaturie, nach 10 Tagen Pyurie, nach 15 Tagen Schüttelfröste; Nephrektomie und Entfernung des im Fettgewebe des unteren Nierenpols sitzenden Geschosses, das eine Nierenarterie getroffen und Venenthrombose und vereiternden Infarkt der Niere bewirkt hatte.)
4. *Cathelin, F., Les traumatismes du rein. Revue prat. des mal. des org. gén.-ur. Januar.
5. Cotte, G., Contusion du rein droit et du mésentère. Soc. nat. de méd. de Lyon. Sitzg. vom 2. Dez. 1912. Lyon méd. p. 18. (Anfänglich Hämaturien, dann Fieber und Ileus infolge eines Abszesses im Mesenterium, der geöffnet wurde; später Niereninfektion mit perinephritischer Phlegmone, die inzidiert und drainiert wurde; zuletzt Pyelonephritis.)
6. *Falcone, R., Sulle lesioni di un rene consecutive ad un trauma sul rene opposto. Fol. urol. Bd. 7. Nr. 1.
7. Gibson, Nierenruptur bei Kindern. Amer. Journ. of Urol. März. (Vier Fälle mit Nephrektomie.)
8. Haberern, J. P., Fremdkörper in der Niere. Virchows Archiv. Bd. 213. Heft 2/3. (Blechstück, durch Dynamitexplosion in die Niere geschleudert. Sieben Wochen später Operation, wobei der Fremdkörper von derbem Bindegewebe eingekapselt gefunden wurde.)
9. Hochfeld, Nierenverletzung. Ges. prakt. Ärzte Mitau. Sitzg. vom 5. April 1912. St. Petersb. med. Zeitschr. Bd. 38. p. 251. (Messerstich durch Parenchym und Nierenbecken, schwere Blutung; Nephrektomie; ein Fall von subkutaner querer Durchreissung der Niere mit Nephrektomie wird von Tantzscher mitgeteilt.)
10. Lonhard, Nierenzerreissung nach Hufschlag. Strassburger militärärztl. Ges. Sitzg. vom 10. Febr. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 1022. (Linker oberer Nierenpol abgerissen. Resektion; wegen schwerer Infektion sekundäre Nephrektomie; Heilung.)
11. Loumeau, Néphrocapsulite chronique d'origine traumatique. Soc. de Méd. et de Chir. de Bordeaux. Sitzg. vom 11. April. Journ. de Méd. de Bordeaux. Bd. 84. p. 270. (Trauma durch Fussball; Spontanheilung.)
12. Michon, Contusion du rein, hémo-péritoine, guérison spontanée valeur diagnostique de la ponction explorative du cul-de-sac de Douglas Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris. Nr. 15. p. 645. (Inhalt aus Titel ersichtlich.)
13. Mühsam, R., Exstirpation der Milz und der linken Niere wegen Überfahrung. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 1044 und Berl. Ges. f. Chir. Sitzg. vom 28. April. Zentralbl. f. Chir. Bd. 40. p. 1106. (Niere an ihrem Stiel in der Bauchhöhle flottierend; Nierenexstirpation an die Milzexstirpation angeschlossen. Heilung.)
14. Perinoff, V. A., Fall von subkutaner Nierenruptur. Kazansky med. Journ. Bd. 13. p. 55. Ref. Journ. d'Urol. Bd. 4. p. 117. (Keine Blutung trotz grosser Hämatonephrose wegen Knickung des Ureters bei Nephroptose. Nephrotomie und Fixation der Niere, Tamponade und Drainage, Heilung mit Fistelbildung.)

15. Picquin, F. M., Messerstichwunde der Niere. Wratsch. Gaz. Bd. 20. p. 599. Ref. Journ. d'Urol. Bd. 4. p. 118. (Stichwunde des Nierenbeckens mit starker Hämaturie; Nierenbeckennaht, jedoch wegen wiederholter Hämaturie und Fieber sekundäre Nephrektomie. Heilung.)
16. Ponomarew, Operationen bei subkutaner Ruptur der Nieren. Russki Wratsch. Nr. 35. (Ponomarew bringt 25 Krankengeschichten und kommt zu folgenden Schlüssen: In der Mehrzahl der Fälle kann auch ohne Operation Heilung eintreten. Zur Operation muss nur auf bestimmte Indikationen hin geschritten werden (Blutung, Infektion der rupturierten Niere, Bildung von Infiltrationen, welche sich nicht resorbieren, resp. sich vergrössern). Bei Verdacht auf intraperitoneale Nierenruptur oder Verletzung anderer Baucheingeweide darf mit der Operation nicht gesäumt werden. Ohne Infektion soll mehr konservativ verfahren werden als bei Infektion. Es ist notwendig, wenn möglich vor der Operation, die andere Niere einer genauen Untersuchung zu unterziehen.) (H. Jentter.)
17. Schmieden, Fall von Zerreissung der Vena cava inferior. Hufelandsche Ges. Berlin. Sitzg. vom 8. Mai. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 1129. (Durch Überfahren; zugleich Nierenzerreissung; Venennaht.)
18. *Toussaint, Prognose der Nierenkontusion. Journ. des Pract. Nr. 25.
19. Vidakowich, C., Über die Verletzungen der Nierengefässe. Virchows Archiv. Bd. 213. Heft 2/3 und Erdelyer Museumsverein. Sitzg. vom 31. Mai. Pester med.-chir. Presse. Bd. 49. p. 240. (Ein Fall von Stichverletzung. Behandelt Entstehungsweise, pathologische Anatomie, Symptome, Diagnose und Prognose.)
20. *Waljaschko, G. A., und A. A. Lebedew, Zur Frage von der Heilung der Leber-, Milz- und Nierenwunden. Russki Wratsch. Nr. 28. Ref. Zentralbl. f. Chir. Bd. 40. p. 1696.

Falcone (6) fand bei Tierversuchen nach schweren Kontusionen der einen Niere Blutungen, Entzündungen, Degenerationen und Sklerosen in der anderen Niere, sowie Albuminurie und Zylindrurie infolge von die nicht verletzte Niere angreifenden Cytolysinen. Es kann daher bei Nierenverletzungen die konservative Behandlung Schädigungen der anderen Niere bewirken.

Cathelin (4) unterscheidet unter den Nierenverletzungen die einfache Kontusion mit oder ohne innere Zerreissung des Parenchyms, die Nierenquetschung mit äusserer kleiner Risswunde, die ein- oder mehrfache Ruptur und die komplizierte Ruptur mit Verletzung des Peritoneums oder der Nachbarorgane. Die Symptome sind bei einfacher Kontusion Hämaturie (in leichten Fällen auch fehlend), bei äusserer Risswunde vom Anfang an Hämaturie und Muskelkontraktion in der Lendengegend, bei totaler Ruptur schwere innere Blutung, Bluterguss um die Niere und Schockwirkung. Die Hämaturie ist für Beurteilung des Grades und Sitzes der Verletzung nicht verwertbar, indem sie bei den schwersten Verletzungen auch fehlen kann. Als spätere Erscheinungen können Infektion, perirenale Eiterungen, disseminierte Abszesse im Parenchym, Pyonephrose und Pyonephritis auftreten, als Spätfolgen Neuralgien, Eiweissspuren, Wiederauftreten der Hämaturien, aber niemals Zylinder. Alle Verletzungen mit Ausnahme der Ruptur können konservativ behandelt werden, dagegen erfordert die ein- oder mehrfache Ruptur die Nephrektomie oder bei Absprengung eines Pols die Resektion und Naht nach keilförmiger Exzision.

Toussaint (18) betont, dass Albuminurie das einzige Symptom der traumatischen Nephritis sein kann, manchmal tritt sie aber auch sehr spät auf und die Niereninsuffizienz kann plötzlich eintreten, oft mit halbseitigem Ödem oder Anasarka. Die Prognose bei kleinen und bei starken Nierentraumen ist unsicher, weil eine organische Läsion daraus entstehen kann. Bei Evakuation von Typhuskranken wurde infolge der Erschütterung beim Transport hämorrhagische Pyelonephritis beobachtet. Die Behandlung besteht in Ruhe, Diät und Darreichung von Chloral und Natriumbenzoat zur Vermeidung der Harninfektion, bei Hämaturie in Injektion von künstlichem Serum mit Ergotinzusatz und innerlich ebenfalls Natriumbenzoat.

Beall (2) spricht sich bei Nierenverletzungen, ausser in leichten Fällen, für die frühzeitige Freilegung der Niere aus. Ein Fall von Absprengung des unteren Viertels der Niere mit Einreissen des Nierenbeckens wurde mit gutem Erfolg nephrektomiert.

Walschaschko und Lebedew (20) versuchten an Hunden nach künstlichen Nierenverletzungen die Bedeckung der letzteren oder die kapselartige Umhüllung der ganzen Niere mittelst freier Faszientransplantation, die tamponierend wirkt, die Nahtanlegung erleichtert, die Niere nicht reizt und keine Proliferation von Bindegewebe und keine Atrophie

hervorruft, sowie die Entwickelung einer Narbenkapsel und nachfolgende Nierenschrumpfung verhindert. Die Absaugung des ausgetretenen Blutes mit der Wasserstrahlpumpe erleichtert die Wundheilung in hohem Grade.

Heidler (g. 5, 24) führt vier Fälle von Nierenverletzungen an, eine unmittelbar tödliche, zwei die konservativ behandelt wurden, und eine Nephrektomie wegen ausgedehnter Zertrümmerung des Organs und Riss ins Nierenbecken.

11. Nierensteine.

1. Ackermann, Cystinurie. Phys.-med. Ges. Würzburg. Sitzg. vom 31. Januar. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 1020. (Nachweis von Lysin im Zystinharn.)
2. Alksne, Calculus renis sinistri, Pyonephrosis. Ges. prakt. Ärzte Libau. Sitzg. vom 13. Sept. 1912. St. Petersb. med. Zeitschr. Bd. 38. p. 158. (Grosser Stein, durch Röntgendurchleuchtung festgestellt, zweifaustgrosse Niere mit fehlender Farbstoffausscheidung. Nephrolithotomie mit Tamponade der Höhle. Exitus. Der Stein hatte das Nierengewebe fast perforiert.)
3. Arcelin, Autopsie d'un rein lithiasique. Soc. des sciences méd. de Lyon. Sitzg. vom 15. Mai 1912. Lyon méd. 1912. 1. Sept. (Pyelonephrosis calculosa links, nachdem früher rechts schon operiert worden war; Übereinstimmung der Hauptsteine mit der Röntgenplatte, aber ausserdem eine Reihe kleiner Steine, die bei der Radiographie nicht sichtbar geworden waren.)
4. — Les calculs biliaires causes d'erreur en radiographie rénale. Soc. de méd. de Lyon. Sitzg. vom 10. März. Lyon méd. Nr. 21. (Zwei Fälle von gleichzeitigen Gallensteinen.)
5. *Bastianelli, R., Wie soll man die Pyelotomiewunde behandeln? Zentralbl. f. Chir. Bd. 40. p. 420.
6. Bécus, G., Quelques cas de zonas réflexes chez les lithiasiques. Soc. méd. des Hôp. Sitzg. vom 7. Febr. Gaz. des Hôp. Bd. 86. p. 269. (Drei Fälle von Neuralgien und Herpes zoster in der Headschen Zone.)
7. *Belot, Radiographie des calculs du rein. XVII. franz. Kongr. f. Urol. Journ. d'Urol. Bd. 4. p. 814.
8. Chiene, G., Stone in the kidney. Edinburgh Med.-Chir. Soc. Sitzg. vom 18. Dez. 1912. Lancet. Bd. 1. p. 34. (Nach vor fünf Jahren ausgeführter Operation wegen akuter Pyonephrose im Puerperium und Rezidive der Pyonephrose in der Schwangerschaft.)
9. Collins, A. N., Urinary lithiasis on infants. Amer. Journ. of dis. in children. Chicago. Bd. 6. Nr. 4.
10. *Deaver, J. B., The diagnosis and treatment of renal and ureteral calculi. Southern Surg. and Gyn. Assoc. 25. Jahresversamml. Med. Record. New York. Bd. 83. p. 320.
11. Desmoulins, Urinary calculi. XVII. intern. med. Kongr. Brit. Med. Journ. Bd. 2. p. 503. (Empfiehlt bei grossen Steinen harte Röhren.)
12. *Eisendrath, D. N., Pyelotomy for the removal of renal calculi. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 60. p. 1145 und New York Med. Journ. Bd. 97. p. 900.
13. — Bilateral urinary calculi. Chicago Surg. Soc. Sitzg. vom 7. Febr. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 60. p. 936 und Surg., Gyn. and Obst. Bd. 17. Nr. 2. (Kasuistische Mitteilungen über sieben Fälle sowie in der Diskussion Kasuistik von Mc Arthur und Ochsner.)
14. *Escat, Calcul ramifié du rein; néphrotomie; hémostase avant, pendant et après la néphrotomie. Soc. de Chir. de Marseille. Sitzg. vom 24. Okt. 1912. Revue de Chir. Bd. 47. p. 265.
15. Fedorow, Über Pyelolithotomie in situ. Wratsch. Gaz. Nr. 49. Sitzungsber. d. russ. Urol. Ges. (Bericht über 35 Pyelothomien in situ. Es starb ein Patient an Embolie. Die übrigen genasen. Keine Fistelbildung. Die Steine waren von Erbsengrösse bis 136 g schwer.) (H. Jentter.)
16. Fromherz, Über Zystinurie. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 1618. (Sammelreferat.)
17. *Furniss, H. D., Renal and ureteral calculi. Amer. Journ. of Obst. Bd. 68. p. 1107 u. 1171.
18. — Large bilateral renal calculi forming casts of the pelvis. New York. Acad. of Med. Section of Obst. and Gyn. Med. Record. New York. Bd. 84. p. 363. (Beider-

seitige grosse, das ganze Nierenbecken ausfüllende verästelte Steine, schwere Eiterinfektion. Vorläufig Entfernung des Steines aus der rechten Niere mit einstweiliger Genesung.)

19. Furniss, H. D., Radiograph of the right kidney with stones. New York Obst. Soc. Sitzg. vom 14. Jan. Amer. Journ. of Obst. Bd. 67. p. 778. (Ein oder zwei lange Steinschatten aus dem oberen Kelch in den Ureter sich fortsetzend, mehrere Schatten in der Niere selbst; Entfernung der zwei ersteren durch Pyelotomia posterior, der anderen durch Inzision der Rinde. Obwohl die Funktion der Niere vor der Operation gestört schien und Koliinfektion vorhanden war, erwies sich bei der Operation die Niere nicht wesentlich verändert. Genesung.)
20. *Gardini, Calcolosi renale ed ureterale. 24. ital. Chir-Kongr. 1912. Clin. Chir. Bd. 11. p. 2194.
21. Gayet und Martin, Calcul du bassinet. Soc. des sciences méd. de Lyon. Revue de Chir. Bd. 48. p. 810. (Pyelotomie bei einem 20jährigen Mädchen. Heilung.)
22. *Gibbon, The technic of nephro-, pyelo- and ureterolithotomy. Annals of Surg. Bd. 58. p. 232.
23. *van der Goot, Der Wert der Röntgenuntersuchung für die Diagnose der Nierensteine. Holländ. Ges. f. Chir. Sitzg. vom 5. Mai 1912. Zentralbl. f. Chir. Bd. 40. p. 1300.
24. Gorasch, Astförmiger Nierenstein. Russ. urol. Ges. St. Petersburg. Zeitschr. f. Urol. Bd. 7. p. 573. (Wiederholte Röntgenaufnahme nötig, Eiterung, perinephritische Verwachsungen; Nephrektomie nach seit 12 Jahren bestehenden Beschwerden.)
25. *Grande, P., L'état des reins dans l'anurie calculeuse. Arch. gén. de Chir. 1912. Nr. 7.
26. *Grave, A., Fall von Riesennierenstein. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 87. Heft 2 u. Chirurgija (russisch). Bd. 32. p. 691.
27. Hastings, J. P., Observations of urinary calculi. Australas. Med. Gaz. Sydney. Bd. 34. Nr. 12.
28. *Herescu, Anuria calculosa. Spitalul. Nr. 9. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 2304.
29. Herxheimer, Hydronephrosen und grosse Steine im Nierenbecken. Ärzteverein Wiesbaden. Sitzg. vom 29. Okt. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 2303. (Demonstration.)
30. Hindhede, M., Harnsäurelösende Diät. Zeitschr. f. phys. u. diät. Ther. Heft 10. (Ermittelte, dass der Harn nach Kartoffelkost besonders harnsäurelösende Wirkung hat.)
31. *Hirschberg, F., Mechanotherapie bei Nierenerkrankungen. Therap. Monatshefte Nr. 10.
32. Hirt, Nierensteine. Schles. Ges. f. vaterl. Kultur. Sitzg. vom 6. Juni. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 1500.
33. Hock, Zur genaueren Lokalisationsdiagnose der Nierensteine. Verein deutscher Ärzte Prag. Sitzg. vom 24. Jan. Prager med. Wochenschr. Bd. 38. p. 198. (Mitten im Nierengewebe befindlicher Oxalatstein, der auch bei freigelegter Niere schwer palpierbar war; Blutung durch Bewegung nicht deutlich beeinflusst.)
34. Hohlweg, Zur Nierensteindiagnose. Med. Ges. Giessen. Sitzg. vom 10. Dez. 1912. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 631. (Hervorhebung der Wichtigkeit der Röntgendiagnose.)
35. *Holland, C. Th., Statistics of examination for stone in the urinary system. 17. intern. med. Kongr. Sektion f. Radiologie. Lancet. Bd. 2. p. 495.
36. *von Illyés, G., Pyelotomie mit Inzision der vorderen Nierenbeckenwand. Zentralbl. f. Chir. Bd. 40. p. 48.
37. *— Die Steinkrankheit der Niere. Fol. urol. Bd. 7. Nr. 6.
38. Israel, W., Demonstrationen zur Nierenchirurgie. Zeitschr. f. Urol. Bd. 7. p. 263. (Pyonephrosis occlusa calculosa durch halbhaselnussgrossen Stein.)
39. Judt, Über neue Errungenschaften auf dem Gebiete der Röntgenographie der Harnwege. Przeglad chir. i gin. 1912. Bd. 7. Ref. Zentralbl. f. Chir. Bd. 40. p. 1114. (Erörterung der Fortschritte der Röntgendiagnose und der Fehlerquellen, besonders bei Steinen.)
40. Julian und Ratera, S., Ein grosser Nierenstein; Nephrektomie, Heilung. Fortschr. auf d. Gebiete d. Röntgenstrahlen. Bd. 19. Heft 6. (Anuria calculosa und akute Urämie; Entfernung eines 185 g schweren Steines und sekundäre Nephrektomie.)

41. Kahn, M., Chemistry of renal calculi. Arch. of Intern. Med. Chicago. Bd. 2. Nr. 1. (Betrachtet Kalkoxalat als häufigsten steinbildenden Körper; Harnsäure und Urate finden sich in geringen Mengen in allen Nierensteinen.)
42. *— und J. Rosenbloom, Chemische Analyse der Harnsteine, Indikationen für deren Behandlung. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 59. p. 2252.
43. *Karo, Pathologie und Therapie der Nierensteinerkrankung. 34. Balneologenkongr. Berlin. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 949 und Med. Klinik. Bd. 9. p. 1282.
44. — Klinik der Nierensteinerkrankung. Zwangl. Abhandl. aus d. Gebiete d. Verdauungs- u. Stoffwechselerkrankungen. Bd. 4. Heft 6. (Besprechung der Ätiologie, Symptomatologie, Diagnostik und Therapie. Die Pyelotomie wird wegen der Gefahr der Fistelbildung verworfen.)
45. —Nierensteinerkrankung. VI. internat. Kongr. f. Physiotherapie Berlin. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 772. (Empfiehlt individualisierende Behandlung je nach Zusammensetzung des Steines.)
46. *Kielleuthner, 34 Nierensteinfälle. III. Tagung d. Vereinigung bayr. Chirurgen. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 1684.
47. *Klieneberger, C., Die Radiographie in der Diagnostik der Nephrolithiasis. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 1012.
48. *Kolischer, G., Über Nierensteinoperationen. Deutsche med. Ges. Chicago. Sitzg. vom 5. Dez. 1912. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 789.
49. Kotzenberg, Pyonephrosis calculosa. Ärztl. Verein Hamburg. Sitzg. vom 12. Febr. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 1018. (Vordringen von Fettgewebe vom Hilus her in die Niere, deren Gewebe vollkommen in Fett verwandelt war.)
50. Kretschmer, H. L., A case of bilateral urinary lithiasis. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 60. p. 114. (Rechtsseitige Koliken trotz beiderseitiger Steine; ein Stein im rechten Ureter mittelst Röntgendurchleuchtung bei undurchlässigem Ureterkatheter nachgewiesen, linke Niere fast funktionslos. Rechts Ureterotomie, links Nephrektomie. Die Symptome reichen auf 16 Jahre zurück.)
51. *— Chirurgie der Nierensteinkrankheit. The urol. and cut. Review. Juli. p. 362.
52. *Krotoszyner, M., Untoward results of nephrolithotomy. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 61. p. 1688.
53. Kümmell, H., Der Nachweis von Nieren- und Uretersteinen, welche auf der Röntgenplatte nicht sichtbar sind. 85. Versamml. deutsch. Naturforscher u. Ärzte. Abt. f. Chir. Zentralbl. f. Chir. Bd. 41. p. 105.
54. *Leedham-Green, Horseshoe kidney. Brit. Med. Assoc. Birmingham Branch. Sitzg vom 28. Nov. Brit. Med. Journ. Bd. 2. p. 1583.
55. *Leischner, Steinniere. Ärztl. Verein Brünn. Sitzg. vom 9. Dez. 1912. Wiener med. Wochenschr. Bd. 63. p. 767.
56. *Lewis, Br., Kidney stone diagnosis. Amer. Journ. of Surg. Bd. 27. p. 126.
57. *Lichtwitz, Über die Entstehung von Niederschlägen und Konkrementen im Harn und in den Harnwegen. Med. Ges. Göttingen. Sitzg. vom 5. Dez. 1912. Med. Klinik. Bd. 9. p. 232 und Zeitschr. f. exper. Path. u. Ther. Bd. 13. Heft 2, ferner Berl. urol. Ges. Sitzg. vom 1. Juii. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 1588 und Zeitschr. f. Urol. Bd. 7. p. 703 u. 810.
58. Litthauer, M., Exstirpation einer im Becken liegenden Steinniere. Hufelandsche Ges. Berlin. Sitzg. vom 12. Dez. 1912. . Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 323. (Nachweis des gewundenen Ureters durch Röntgenstrahlen; in der Diskussion bemerkt Zondek, dass solche Nieren hochgradig medialwärts und nach vorne gelagert sind; sind beide Nieren so verlagert, so ist mit Wahrscheinlichkeit Hufeisenniere anzunehmen.)
59. Loumeau, Radiographies calculeuses. Soc. de Méd. et de Chir. de Bordeaux. Sitzg. vom 28. März Journ. de Méd de Bordeaux. Bd. 48. p. 217. (Das Röntgenbild ist von der chemischen Zusammensetzung des Steines abhängig.)
60. *Lower, W. E., Conservative surgical methods in operating for stone in kidney. Cleveland Med. Journ. Bd. 12. Nr. 4.
61. Marion, G., Hydropyonéphrose avec calculs; absence congénitale à peu près complète du rein. Journ. d'Urol. Bd. 3. p. 469. (Angeborene Nierenaplasie, kongenitale Striktur des Harnleiters 10 ccm unterhalb des Ursprunges, dennoch zwei Steine. Hydronephrose. Nephrektomie. Heilung.)

62. Moore, C. A., Notes on two cases of urinary calculus. Bristol Med.-chir. Journ. Juni. (Ein Fall von Steinrezidiv acht Jahre nach Entfernung eines Nierensteines.)
63. Neve, E. F., A case of calculi in the kidney, ureter, bladder and urethra. Brit. med. Journ. Bd. 2. p. 21. (Einen Stein aus der Nierensubstanz, drei aus dem Nierenbecken und vier aus dem Ureter etwa 15 ccm unterhalb seines Ursprunges durch Nephrolithotomie und Ureterotomie entfernt, ausserdem Lithothrypsie.)
64. Newbolt, Case of urinary deposit in both kidneys. Brit. Journ. of Surg. Bd. 1. Nr. 2. (Entstehung von beiderseitigen, durch Röntgendurchleuchtung nachgewiesenen Steinen in beiden Nierenbecken unter Koliken nach achtmonatigem Krankenlager wegen Knochenbruch. Spontaner Abgang sämtlicher Konkremente nach Heilung der Fraktur.)
65. *Nicolich, La pielotomia e la nefrotomia nella nefrolithiasi. 24. Ital. Chirurgenkongr. Clinica chir. Bd. 11. p. 2195.
66. Nogier, Th., und J. Reynard, Pyélographie dans un cas de calculs du rein et dans un cas de calcul de l'uretère. Lyon méd. 1912. Nr. 44. (Spontanabgang eines Uretersteines nach zweistündigem Liegen des Harnleiterkatheters und Ölinjektion ins Nierenbecken.)
67. — — Röntgenographie der Nieren- und Uretersteine. Lyon méd. Bd. 44. Nr. 51. (Empfehlung der Pyelographie mittelst Kollargolfüllung zur genauen Feststellung des Sitzes des Steines.)
68. *Oelsner, G., Zur Pyelotomie. Berl. urol. Ges. Sitzg. vom 15. April. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 940 und Zeitschr. f. Urol. Bd. 7. p. 335.
69. *Ohlmacher, A. P., The bacteriology and bacteriotherapy of renal calculus and its sequels. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 60. p. 1213.
70. Ollerenshaw, R., Renal calculus in childhood, with a report of two successful cases of nephrolithotomy in young children. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 112. (Zwei Fälle, darunter ein Uratstein bei einem dreijährigen Mädchen, durch Nephrolithotomie entfernt.)
71. Paschkis, R., Fall von Steinanurie mit aussergewöhnlichem Verlaufe. Wiener klin. Rundschau. Bd. 27. p. 603. (Linksseitiger Ureterstein. 15 cm oberhalb des Ureterostiums, Anurie, Nephrostomie unter Eröffnung einer infizierten Hydronephrose, Offenhalten der Fistel wegen dauernder Obstruktion des Ureters, Wiedereintritt der Sekretion in der rechten Niere; $1^1/_2$ Jahre später Eröffnung eines paranephritischen Abszesses, daraufhin spontane Ausstossung des bis dahin nicht auffindbaren länglichen Steins; schliesslich wurde bei jetzt durchgängigem Ureter die Fistel zum Verschluss gebracht.)
72. Pfister, E., Steinkrankheit bei der Negerrasse. Arch. f. Schiffs- u. Tropen-Hyg. Nr. 17. (In Afrika ist die Steinkrankheit bei Negern selten, in Amerika nimmt ihre Häufigkeit allmählich zu.)
73. *Pilcher, P. M., Exactness in diagnosis and conservatism in treatment of renal calculus. Annals of Surg. Bd. 58. p. 616.
74. Pillet, Trois cas de gros calculs du rein restés absolument latents. Journ. d'Urol. Bd. 3. p. 763. (Drei Fälle ohne alle Beschwerden und Symptome, darunter ein grosser Korallenstein und ein Fall von grosser Pyonephrose.)
75. Ponzio, Un caso di pseudo-calcolo renale all' inidagione radiologica. Morgagni II. Nr. 41. Ref. Zentralbl. f. Chir. Bd. 40. p. 1759. (Bei der Nephrotomie einer vergrösserten Niere, die einen Steinschatten ergeben hatte, fand sich in der Niere ein Phlebolith.)
76. Porter, W. H., Uric acid calculi; how to prevent their formation by the use of phenol. New York Med. Journ. Bd. 97. p. 539. (Beruht auf der Annahme, dass die Bildung von Uratsteinen von Überproduktion von Harnsäure herrührt, deren Umwandlung in Konkremente durch die Gegenwart von aus Salzverbindungen im Harn sich abspaltendem Phenol verhindert werden soll.)
77. *Posner, C., Die Bildung der Harnsteine. Berl. urol. Ges. Sitzg. vom 1. Juli. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 1588 und Zeitschr. f. Urol. Bd. 7. p. 799.
78. Ratéra, Erreur de diagnostic causée par une radiographie rénale. Span. med.-chir. Acad. Sitzg. vom 31. März. Revue de Chir. Bd. 48. p. 333. (Grosser, im Röntgenbild sichtbarer Stein, der von anderer Seite mittelst Radiographie nicht nachgewiesen werden konnte.)
79. — J., und S. Ratera, Grosser Nierenstein. Fortschr. d. Röntgenstrahlen. Bd. 19. Heft 6. (Röntgendiagnose; Anurie, Entfernung eines 185 Gramm schweren Steins durch Nephrotomie; später Nephrektomie. Heilung.)

80. Reynard, Deux calculs du rein. Soc. des sciences méd. de Lyon. Sitzg. vom 24. April 1912. Lyon méd. 1912. p. 203. (Rechts zwei erbsengrosse, im unteren Kelch liegende Steine, die seit zehn Jahren Koliken und zuletzt Hämaturie veranlasst hatten; Entfernung; auch links zwei Steinschatten.)

81. Rumpel, Zur Nierensteindiagnose. Ges. d. Charité-Ärzte Berlin. Sitzg. vom 3. Juli. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 1629. (Beispiel eines taubeneigrossen Schattens, der mittelst Funktionsprüfung der Nieren und wiederholter Durchleuchtung als akzessorischer, nicht von einem Stein herrührender Schatten erkannt werden konnte.)

82. Schenker, Zur Frage über Nephrotomie und Pyelolihotomie. Wratsch. Gaz. Nr. 8. Sitzungsber. d. chir. Ges. zu Moskau. (18 Operationen wegen Nephrolithiasis: sechsmal Pyelolithotomie, fünf Nephrotomien und sieben Nephrektomien. Es starben zwei. Alle Pyelolithotomien und Nephrotomien wurden mit Luxation der Niere gemacht.) (H. Jentter.)

83. — Zur Frage über Nephro- und Pyelolithotomie. Medizinsk. Obosren. Nr. 9. (Dank der Ausbildung der Röntgendiagnostik der Nephrolithiasis in ihren Frühstadien und der Erweiterung der Indikationen zur Pyelotomie wird die Beseitigung von Nierensteinen mittelst Schnitt durchs Nierenparenchym nur bei strengen Indikationen ausgeführt werden; und in manchen Fällen wird die Nephrolithotomie nur ein Begleitverfahren der Pyelolithotomie sein. Pyelolithotomie ist indiziert, wenn der Stein nur das Nierenbecken einnimmt, wenn der Stein keine Korallenform hat; seine Grösse ist durchaus nebensächlich.) (H. Jentter.)

84. *Scherck, H. J., Some phases of kidney surgery. Mississippi Valley Med. Assoc. 39. Jahresversamml. Med. Record. New York. Bd. 84. p. 1004.

85. Sencert, Volumineux calcul du rein. Soc. de Méd. de Nancy. Revue de Chir. Bd. 48. p. 139. (Rechtsseitige infizierte Steinniere, die trotz schwerer Schädigung der Niere erst seit drei Wochen Beschwerden verursacht hatte; Nephrolithotomie.)

86. *Shenton, E. W. H., Elimination of errors in the X ray diagnosis of urinary. calculus. Lancet. Bd. 2. p. 77.

87. Sick, Steinniere. Med. Ges. Leipzig. Sitzg. vom 15 Juli. Deutsche med. Wochenschrift. Bd. 39. p. 2381. (14jähriges Mädchen, Exstirpation.)

88. *Simpson, G. S., Stone in the kidney. Sheffield Med.-Chir. Soc. Sitzg. vom 6. Febr. Lancet. Bd. 1. p. 462.

89. *Smith, O. C., Bilateral nephrolithiasis. New York Med. Journ. Bd. 97. p. 1282 und Med. Assoc. of the Greater City of New York. Sitzg. vom 17. März. Med. Record. New York. Bd. 83. p. 1006.

89a. Spassokukotzky, J. J., Fall von Anurie bei Einzelniere. Chir. Arch. Weljam. Bd. 28. p. 704. (Ein Jahr nach Nephrektomie wegen Pyelonephrose trat Anurie wegen Steinverschluss des Ureters auf; Röntgendiagnose, Ureterolithotomie, Tod an Pneumonie.)

90. *Squier, J. B., Renal lithiasis. Amer. Journ. of Surg. Bd. 27. p. 121 und New York Acad. of Med. Sitzg. vom 2. Jan. Med. Record. New York. Bd. 83. p. 269.

91. Steiner, P., Daten zur Harnsteinstatistik Ungarns. Erdelyer Museumsverein. Sitzg. vom 31. Mai. Pester med.-chir. Presse. Bd. 49. p. 240. (Statistik über 1201 Fälle, von denen 420 auf Kinder unter 15 Jahren treffen; besonders belastet erscheint Siebenbürgen.)

92. Stevens, W. E., Partial bilateral nephrectomy in a case of calculous pyelonephrosis. California State Journ. of Med. San Francisco. Bd. 11. Nr. 11.

93. Steward, F. J., Calculus in the upper urinary tract. Clinical Journ. London. Bd. 41. Nr. 26.

94. *Stoeckel, W., Fall von Abort mit Urämie. Nordwestdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 9. Nov. 1912. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. p. 689.

95. Thomas, J. R., Renal colic. Devon and Exeter Med.-Chir. Soc. Sitzg. vom 7. März. Lancet. Bd. 1. p. 831. (Betont Schwierigkeit der Lokalisation des Steines nach dem Sitz der Schmerzen.)

96. *Tracy, St. A., Renal calculus in relation to the kidney and ureter. Amer. Journ. of Obst. Bd. 68. p. 229 u. 338.

97. Turner, Ph., Renal calculi in both kidney. Med. Soc. of London. Clinical. Section. Sitzg. vom 2. Mai. Lancet Bd. 1. p. 1313. (Grosser Stein links, durch Nephrolithotomie unter Entleerung mehrerer Abszesse entfernt, vier Wochen später Entfernung von 17 Steinen aus der rechten Niere. Heilung. Diagnose mittelst Durchleuchtung.)

98. Viannay, Cas de pyélotomie pour calcul du bassinet. Soc. des sciences méd. de Saint-Etienne. Revue de Chir. Bd. 47. p. 116. (Fünf Gramm schwerer Oxalatstein, mittelst Röntgenstrahlen nachgewiesen; einschichtige Catgutnaht und Bedeckung mit Fettgewebe ohne Drainage; Heilung.)
99. Voorhoeve, N., Calcariurie. Deutsches Arch. f. klin. Med. Bd. 111. Heft 1/2. (Kann auf vermehrter Abscheidung in den Nieren oder verminderter Sekretionsfähigkeit der Darmschleimhaut bei erhöhtem Kalkabbau oder bei verminderter Kalkretention beruhen.)
100. Wagner, A., Nephrolithiasis nach Unfall. Monatsschr. f. Unfallheilkunde u. Invalidenwesen. 1912. Nr. 2. (Durch Fall Gehirnerschütterung mit Schädelbasisbruch, Blasenlähmung und Cystopyelitis, nach $1^1/_2$ Jahren Nierensteine linkerseits, Nephrolithotomie und Entfernung von zehn Steinen; auch rechterseits Steinniere; der Zusammenhang mit dem Trauma wird mittelst der Cystopyelitis erklärt.)
101. Warmuth, M. P., Five cases of nephrolithiasis with special reference to symptomatology. Pennsylv. Med. Journ. Bd. 16. Nr. 10.
102. *Watson, F. S., Report of 110 cases of renal and ureteral calculi and of ten cases simulating these conditions, with comments. Boston Med. and Surg. Journ. Bd. 168. p. 37.
103. Zörkendörfer, Marienbad als urologische Heilstätte. Prager med. Wochenschr. Bd. 38. Nr. 16. (Bei eitrigen Entzündungen des Nierenbeckens und der Harnwege, Konkrementen, Blasentumoren, Gonorrhoeresiduen, Cystitis durch spezifische Infektionsträger, aufsteigenden Infektionen, kurz bei allen zu Cystitis führenden Zuständen empfohlen.)

Pathologie der Harnsteine.

Kahn und Rosenbloom (42) fanden die Harnsteine meist aus Kalkoxalat bestehend, während Harnsäure und Urate, obwohl stets vorhanden, nicht den Hauptbestandteil bildeten (zwei Fälle unter 25 ausgenommen). Die innere medikamentöse Behandlung muss sich nach der Zusammensetzung der Steine richten.

Karo (43) betont, dass die Lösungs- und Ausfällungserscheinungen im Harn ein kolloid-chemisches Problem darstellen, nimmt aber auch überstürzte Harnsäurebildung und -Ausscheidung als eine der Ursachen an, ebenso Phosphat- und Zystindiathese. Bei akuten Erscheinungen wird palliative Behandlung (Ruhe, Umschläge, Narkotika, Trinkdiurese, ferner Buccosperin als harnsäurelösend) empfohlen, bei Harnsäurediathese Neutralisierung des Harns, bei Oxalurie geeignete Diät und Magnesia, bei Phosphatsteinen kalkarme Nahrung, Diät etc. Die Operation ist angezeigt bei grossen, festsitzenden Steinen, häufigen Koliken, Blutungen, Harnretention, Infektion, Anurie. Als Operation der Wahl wird die Nephrotomie empfohlen, die Pyelotomie nur, wenn die Kelche sicher frei sind, die Nephrektomie bei Pyo- und Hydronephrose und hochgradiger Pyelonephritis.

Lichtwitz (57) erklärt zur Entstehung eines Steines das Vorhandensein einer fremden Oberfläche (Fremdkörper, krankhaft veränderte Schleimhaut) für notwendig, und beim Wachstum des Steines handelt es sich um den komplizierten Prozess einer abwechselnden Fällung kolloider und kristalloider Körper, woher sich die strukturellen Eigentümlichkeiten, z. B. die radiäre Streifung erklären. Im allgemeinen werden entzündliche und nichtentzündliche Steine unterschieden.

Posner (77) hält daran fest, dass die Anwesenheit von kolloiden Substanzen im Harn die Verschiedenheit der Kristallisation der Harnsalze und die Bildung der Steine bewirkt. Ein Beweis, dass jeder Harn Eiweiss, das gefällt werden kann, enthält, ist die auch in klarem Harn sich bildende Nubecula. Die Diathese kann bei Steinbildung mitwirken, ist aber nicht die alleinige Ursache. Trinkkuren können die Kolloide vermindern und daher die ersten Ansätze zur Steinbildung fortschaffen.

Ohlmacher (69) betont, dass bei Nierensteinen mit Infektion und Pyurie die schmerzhafte und behinderte Harnentleerung auf Rechnung der Infektion zu setzen ist, weil dieses Symptom auch nach Abgang der Steine und Aufhören der Koliken fortdauert. Es wird daher die bakteriologische Untersuchung des Harns verlangt und bei nichtoperativen Fällen die Behandlung mit autogener Vakzine empfohlen.

Diagnostik und Therapie.

Simpson (88) beobachtete unter 30 Steinoperationsfällen 16 Nieren- und vier Uretersteine, einen Fall von Hydronephrose und neun Fälle von Pyonephrose mit Steinen. Albuminurie war in 24, Hämaturie nur in 10 Fällen vorhanden. Von 21 durchleuchteten Fällen

gaben 20 ein positives Resultat und unter 19 Fällen konnte 15 mal durch Kystoskopie die erkrankte Seite festgestellt werden. Die Pyelotomie wird als Operationsmethode vorgezogen; Fistelbildung wurde niemals beobachtet. In zwei Fällen von Uretersteinen wurde extraperitoneal, niemals transperitoneal, einmal transvesikal operiert. In neun Fällen wurde nephrektomiert (achtmal wegen Pyonephrose, einmal bei atrophischer Niere. Einmal (bei multiplen Steinen) erfolgte Exitus an Lungenembolie.

Watson (102) fand unter 110 Fällen von Nieren- und Uretersteinen am häufigsten Oxalatsteine (34 %), demnächst Uratsteine (24 %), Phosphatsteine (22 %) und solche von gemischtem Bau (16 %). Als überwiegend häufiges Symptom wird die Hämaturie hervorgehoben. Beiderseitige Steine fanden sich in 20 %. Vorgetäuscht wurden Steine besonders durch bewegliche Niere, Druck von Adhäsionen auf die Niere, Vergrösserung der Niere durch Kongestion, Erweiterung des Nierenbeckens und Konstriktion des Ureters. Zur Behandlung der Nierenkolik werden Ätherinhalationen und Morphium, heisse Umschläge, Trinkdiurese, flüssige und Milchdiät, zur Expulsion kleiner und beweglicher Steine ausserdem Spiritus Therebinth. in Kapseln vorgeschlagen. In 56 Fällen wurde operiert, und zwar am häufigsten mittelst Nephrolithotomie (zweimal mit sekundärer Nephrektomie) und Ureterolithotomie — im ganzen mit zwei Todesfällen.

Kretschmer (51) führt als wichtigstes diagnostisches Mittel zum Nachweis der Nierensteine die Radiographie an, demnächst den Ureterenkatheterismus und die Kystoskopie (Nachweis der Blutung aus dem Ureter und des Ödems der Uretermündung). Anurie, akute Infektion, profuse Blutung und Retention erfordern unmittelbar die Operation; bei chronischer Pyelitis und wiederholten Kolikanfällen und Nierenschmerzanfällen bei Uretersteinen ist die Operation nicht dringend nötig; bei beweglichen Steinen ist medikamentöse Behandlung angezeigt. In der Mehrzahl der Fälle ist die Pyelotomie die Operation der Wahl, vor allem in aseptischen Fällen. Die Nephrotomie bewirkt die Schädigung eines kleinen Teils des Parenchyms. Die primäre Nephrektomie ist bei schwerer Infektion, die sekundäre bei bleibenden Fisteln, Steinrezidiven, infektiösen Prozessen nach der Operation und Nachblutung nach Nephro- und Pyelotomie angezeigt.

Leischner (55) beschreibt einen Fall von haselnussgrossem, dreieckigem Nierenstein mit Koliken auf der anderen Seite. Pyelotomie, anfangs mit Bildung einer Fistel, die sich bald schloss. Ferner wird ein Fall von Nephrektomie bei total vereiterter Steinniere, mit Heilung, mitgeteilt.

Lewis (56) schreibt nach Feststellung von Blut und Eiter den Nachweis des Sitzes der Erkrankung vor; wenn der Sitz im oberen Teile der Harnwege anzunehmen ist, muss Kystoskopie Uretersondierung und Drainage der beiden Nieren und Untersuchung des getrennten Nierenharns, endlich die Röntgenuntersuchung mit oder ohne schattengebende Katheter vorgenommen werden. Drei Fälle.

Belot (7) bespricht die Irrtümer bei der Radiographie der Nierensteine und betont das Vorkommen von Steinen, die die Radiographie nicht erkennen lässt, sowie die Schwierigkeit der Deutung der Bilder. In der Diskussion erwähnt Imbert zwei Fälle von vollständig symptomlosem Durchbruch von Nierensteinen durch die Wand des Nierenbeckens. Desnos erwähnt einen Fall, in dem die Radiographie einen grossen Stein vermuten liess, die Operation aber nur angehäuften Uratsand in einem Hohlraum der Niere und nur im Nierenbecken wirkliche Steine ergab.

Deaver (10) beschuldigt katarrhalische Vorgänge in den Harnwegen als Prädisposition für Steinbildung und hebt die Notwendigkeit der Durchleuchtung und der Pyelographie für die Steinbildung hervor. In den seltenen Fällen, in welchen diese Mittel versagen, ist der mit Wachsspitze versehene Katheter von hohem Wert. Sehr tiefsitzende Uretersteine sollen transvesikal entfernt werden. Bei Nierensteinen wird, wenn nach Freilegung der Niere der Stein nicht gefühlt werden kann, die Acupunktur empfohlen.

Gardini (20) hebt den hohen Wert der Radiographie zur Diagnose von Nieren- und Uretersteinen hervor und beschreibt 20 Steinfälle, davon zwei Nephrektomien wegen schwerer Pyonephrose, 14 Nephro- und zwei Pyelotomien ohne Todesfall. Zwei Uretersteine wurden spontan entleert, einer nach Sectio alta aus der Uretermündung extrahiert und einer aus der Blase mittelst Operationskystoskop entfernt. Einmal wurde radiographisch das Fehlen einer Niere nachgewiesen.

Van der Goot (23) macht auf die Verfeinerung der Röntgendiagnose bei Nierensteinen aufmerksam, die früher 2—3 % Fehldiagnosen ergab, jetzt weniger. Die Operation soll bald nach der Röntgenaufnahme ausgeführt werden wegen des möglichen Ortwechsels der Steine. Die Röntgenaufnahme ist nur im Zusammenhang mit den klinischen Symptomen zu beurteilen.

Holland (35) fand unter 1603 Fällen von Nieren- und Uretererkrankungen 402 mal Steine. Die Zahl der Fehldiagnosen beträgt 12. In 85 Fällen von negativem Röntgenbild wurde bei der Operation niemals ein Stein gefunden.

Klieneberger (47) macht auf die Fehlerquellen bei der Radiodiagnostik der Nieren- und Uretersteine, sowie auf die Schwierigkeiten der Deutung des Radiogramms aufmerksam und verlangt wiederholte, zeitlich auseinander liegende Aufnahmen, besonders zum Nachweis der Steinwanderung. Im übrigen wird die Radiodiagnostik nur als eine der klinischen Untersuchungsmethoden bezeichnet, welche nur zusammen mit den übrigen Methoden in kritischer und skeptischer Weise verwertet werden soll.

v. Illyés (36, 37) berichtet über 81 Steinfälle mit 63 Operationen; 31 betrafen Frauen. 35 waren rechts-, 44 links-, zwei doppelseitig; zwei Fälle betrafen eine Hufeisenniere. v. Illyés zieht daraus den Schluss der Häufigkeit des Vorkommens in Ungarn, ferner das Vorkommen des Sitzes der Schmerzen auf der gesunden Seite, das als reno-renaler Reflex gedeutet wird. Zur Diagnose dient die Kystoskopie, besonders Anschwellung, bullöses Ödem, zuweilen Einrisse und ungleichmässige Öffnung an der Uretermündung. Ein negatives Röntgenbild schliesst das Vorhandensein eines Steins nicht sicher aus. Auch bei aseptischen Steinen kann die Nierenfunktion — durch Kryoskopie nachgewiesen — auf der kranken Seite beeinträchtigt sein, dagegen konnte eine auffällige Verminderung der Indigkarminausscheidung nicht beobachtet werden. Bei einseitiger schwer und lang infizierter Lithiasis kann der Harn der anderen Niere Eiweiss und Zylinder enthalten. Bei toxischer Nephritis, aber sonst funktionierender Niere ist die vereiterte Niere zu entfernen. Bei kleinen beweglichen Steinen ist die Pyelotomie vorzuziehen, und zwar ist sie an der inneren Wand (innere Pyelotomie) einfacher und leichter auszuführen und ein Herauspräparieren der ganzen Niere ist dabei nicht nötig. Die Nephrotomie ist nur bei Unausführbarkeit der Pyelotomie angezeigt. Bei beiderseitiger Erkrankung ist zuerst die schwerer erkrankte Niere zu operieren. Die Lokalisierung von Uretersteinen erfolgt am besten durch die Uretermandrinkatheter und durch Radiographie. Bei Frauen kann bei tiefsitzenden Uretersteinen die vaginale Ureterotomie der beste Operationsweg sein.

Pilcher (73) hebt in Fällen von Nierensteinen die Wichtigkeit einer exakten Diagnose hervor, die durch Kystoskopie, ganz besonders aber durch Radiographie erreicht werden kann. Stets sind die Nieren auf ihre Funktion zu prüfen, da Steine die Funktion stets herabsetzen. Kleine Steine, die auf dem Röntgenbilde nicht erscheinen, sind imstande, den Ureter zu passieren. Jede Nierenkolik ist zunächst intern zu behandeln. Für die chirurgische Behandlung ist die Pyelotomie die Operation der Wahl; sie ist indiziert bei Steinen im Nierenbecken, im Anfangsteil des Ureters und in den unteren Kelchen, kontraindiziert dagegen bei festen Adhäsionen, die eine Luxation der Niere in die Lumbalwunde verhindern und bei zerreisslicher und entzündlich infiltrierter perirenaler Faszie. Erschwert wird sie durch Kürze und hohe Implantation des Stiels. Die Nephrotomie ist indiziert, wenn die Pyelotomie nicht ausführbar ist, vorausgesetzt, dass die Niere nicht so sehr zerstört und eine eitrige Pyelonephritis nicht vorhanden ist. Bei eitriger Pyeloneyhritis muss die Niere exstirpiert werden. Pilcher inzidiert zur Pyelotomie von der letzten Rippe an etwa 7—8 cm seitwärts von der Mittellinie bis 3 cm über der Darmbeinkrista, dann stumpfwinkelig abbiegend dem Darmbeinkamm parallel nach vorne zu; die Muskelfasern werden stumpf voneinander getrennt. Nach Befreiung der Niere wird diese in die Wunde gebracht und bei nicht erweitertem Nierenbecken die Fettkapsel senkrecht durchschnitten und das Nierenbecken diagonal zum Fettkapselschnitt eröffnet. Nach Entfernung des Steins wird das Nierenbecken und darüber die Fettkapsel mit je einer fortlaufenden Catgutnaht geschlossen. Ist die Naht nicht möglich, so wird, vorausgesetzt, dass der Ureter durchgängig ist, drainiert. Bei dilatiertem Nierenbecken und beweglichem Stein am Übergang zum Ureter wird nach Durchtrennung der Fettkapsel am unteren Ende des Nierenbeckens durch Punktion die Flüssigkeit aspiriert und dann erst das Nierenbecken eröffnet. Bei unbeweglichem Stein wird die Fettkapsel durch Bogenschnitt eröffnet, das Nierenbecken über dem Stein senkrecht inzidiert und die Vereinigung erfolgt im horizontalen Sinne. Fünf Fälle wurden mitgeteilt.

Furniss (17) beschreibt 12 Fälle von Nieren-, sechs von Ureter- und drei von kombinierten Nieren- und Uretersteinen. Die Diagnose ist durch Radiographie zu stellen, weil die klinischen Symptome inkonstant und trügerisch sein können. In zweifelhaften Fällen ist die Pyelographie anzuwenden, wozu Furniss Argyrol verwendet, und zwar stereoskopisch. Die Schädigung der Niere durch Steine hängt von ihrer Gestalt und Lage und von der etwa begleitenden Infektion ab; am meisten schädigend wirken Steine, die den Ureter verlegen. Aseptische Steine in den Kelchen, wenn sie nicht sehr gross sind, bringen geringen Schaden, verursachen aber Blutungen. Zur Feststellung der Schädigung der Nieren wird die Phenol-

sulphophthaleinprobe vorgezogen, für die relative Funktionsfähigkeit die Indigkarminprobe. Bei einfachen Nierensteinen ist die Pyelotomie oder deren Kombination mit der Nephrotomie die Operation der Wahl. Die Nephrotomie für sich ist indiziert, wenn die Pyelotomie nicht ausführbar ist. Bei der Pyelotomie ist die Naht des Nierenbeckens nicht notwendig, die Entstehung einer Fistel ist auch ohne Naht nicht zu fürchten. Bei multiplen Steinen und schwererer Infektion ist, wenn die andere Niere funktionsfähig ist, die Nephrektomie vorzuziehen. Bei Kombination von Nieren- und Uretersteinen sind letztere zuerst zu entfernen, weil der Ureter dann durchgängig wird. Bei Uretersteinen soll anfangs die spontane Ausstossung abgewartet oder mit Ureterkatheterismus und Öl- oder Wasserinjektion befördert werden. Gelingt dies nicht, so ist die beste Methode der Entfernung die abdominale, und zwar kombiniert mit extra- und intraperitonealer Ureterotomie, wobei ebenfalls die Ureternaht nicht notwendig ist. Die Ureterwunde wird drainiert. Steine, die von der Scheide aus gefühlt werden, können auf diesem Wege, Steine, die in der Uretermündung stecken, auf dem Wege durch die Blase entfernt oder mit Fulguration behandelt werden.

Kolischer (48) legt das Hauptgewicht bei der Nierensteindiagnose auf die Durchleuchtung und zwar auf die Beurteilung der Originalplatte; in zweifelhaften Fällen kann der Stein durch Kollargol lokalisiert werden. Auch bei infizierten Fällen ist die Pyelotomie die Operation der Wahl; schwere Infektion erfordert die Nephrektomie. Übermässige Drainage bei der Nachbehandlung ist wegen der Gefahr der Fistelbildung zu vermeiden. Nach der Operation ist der Ureter auf Steine oder Fragmente zu untersuchen. Die Nephrotomie ist nur angezeigt, wenn man Befürchtungen bezüglich der Funktion der anderen Niere haben muss.

In der Diskussion bezeichnet Ries das Petitsche Dreieck als sehr guten Zugang zur Niere; die Nachblutungsgefahr bei Nephrotomie ist bei Erweiterung des Nierenbeckens und Verdünnung des Parenchyms gering; blutende Punkte bei der Nephrotomie müssen gründlich versorgt werden. Reichmann empfiehlt zur Diagnose die Untersuchung der Originalplatte.

Shenton (86) zählt unter den Fehlerquellen bei der Radiographie der Nierensteine ausser technischen Fehlern und Mängeln des Apparates besonders die extrarenalen Schatten auf, zu deren Ausschaltung er direkte Betrachtung bei tiefen Respirationsbewegungen empfiehlt.

Tracy (96) erklärt als das hervorstechendste Symptom bei Nierensteinen den Schmerz — in 65% der Fälle rechts-, in 35% linksseitig — ferner die Vergrösserung der Niere, die in 33% nachzuweisen ist. Die Hämaturie ist ein sehr wechselndes Symptom, ebenso wechselt das Harnbild; die Reaktion des Harns ist sauer, ausser bei Pyonephrose und bei Phosphatsteinen. Von grösstem Wert ist die Radiographie und bei Uretersteinen der Ureterkatheterismus. Bei Schatten im Verlauf des Ureters ist ein schattengebender Katheter einzulegen. Auf Grund blosser Palpation der Niere darf nie operiert werden. Bei feststehender Diagnose auf Nierensteine muss alsbald operiert werden, wenn die andere Niere gesund ist, ebenso bei Ureterstein, wenn nicht nach 24 Stunden die Ausstossung erfolgt.

Eisendrath (12) macht die Nephrotomie bei grossen, verästelten und mehrfachen Steinen und in infizierten Fällen und bei grösserer oder geringerer Zerstörung des Nierengewebes, ferner bei kurzem Stiel und ausgedehnter Fixation der Nieren durch perinephritische Adhäsionen. Als Vorzug der Nephrotomie wird die leichtere Beurteilung des Zustandes des Parenchyms hervorgehoben. Als Nachteile der Nephrotomie nennt er den stärkeren, oft profusen Blutverlust während der Operation, die Gefahr der Nachblutung, die Gefahr des Zurücklassens von Konkrementen und die Gefahr der Nekrose des Parenchyms. Dagegen ist die Pyelotomie die Operation der Wahl bei kleinen oder mässig grossen Steinen, bei Kelchsteinen, Steinen am Übergang vom Nierenbecken zum Ureter etc.; sie ist einfach und schnell auszuführen, Blutung während und nach der Operation ist kaum zu befürchten und die Palpierbarkeit des Nierenbeckens sichert vor dem Zurücklassen von Steinen. Besonders wird die Pyelotomie bei beiderseitigen Steinen und in den beiden Nierenbecken einer Hufeisenniere, namentlich bei Anurie als beste Methode empfohlen. Eine Fistelbildung kann vermieden werden, wenn die Durchgängigkeit des Ureters kontrolliert wird. Die peripelvinen Gefässe müssen bei der Operation berücksichtigt werden, wenn auch die Blutung aus ihnen gewöhnlich gering ist. Bei kurzem Stiel, fixierenden Adhäsionen und hochgradiger Infektion ist die Pyelotomie kontraindiziert.

Gibbon (22) macht beim lumbalen Nierenschnitt auf die Gefahr der Eröffnung der Pleurahöhle an der XII. Rippe und auf die Notwendigkeit der Schonung der Nn. iliohypogastrici und ilio-inguinales aufmerksam. Nach einem Stein soll vor der Luxation der Niere gefühlt werden, da sonst eine Dislokation desselben möglich ist. Die Pyelotomie wird der

Nephrotomie vorgezogen, ausser bei grossen Phosphatsteinen und bei Steinen in den Kelchen oder bei schwerer Infektion. Die Nierenbeckennaht ist mit Fett zu bedecken. Bei Harnleitersteinen wird der extraperitoneale Seitenschnitt vorgezogen, jedoch kann in schwierigen Fällen die Kombination des intra- mit dem extraperitonealen Schnitt notwendig werden.

v. Illyés (36) empfiehlt bei der Pyelotomie die Inzision der vorderen Nierenbeckenwand, die besonders bei fettleibigen Personen leichter zugänglich ist und ohne Auspräparierung der Niere erreichbar wird.

Kielleuthner (46) erklärt die Pyelotomie als Operation der Wahl bei nicht grossen, nicht verästelten und nicht zu stark infizierten Steinen, bei kalkulöser Pynephrose dagegen in erster Linie die Nephrektomie. Bei 10 Nephrotomien, 18 Pyelotomien und sechs Nephrektomien ergab sich eine Mortalität von 13 $^0/_0$.

Lower (60) zieht die Pyelotomie der Nephrotomie bei Nierensteinen vor, und zwar wegen der Gefahr der Nachblutung, der persistierenden Fistelbildung, der Gefahr der Steinrezidive bei infizierter Niere und der Wirkung einer chronischen Eiterung auf die Nieren und den Gesamtorganismus. Bei zahlreichen Steinen und Infektion, wo die Pyelotomie nicht anwendbar ist, wird deshalb die Nephrektomie empfohlen.

Oelsner (68) widerlegt die gegen die Pyelotomie erhobenen Einwände, namentlich den der Fistelbildung und empfiehlt die Operation besonders bei kleinen aseptischen wie infizierten Steinen, bei beiderseitiger Calculosis und bei Solitärnieren, aber auch in vielen Fällen von verästelten Steinen unter Kombination mit einer partiellen Nephrotomie. Die Pyelotomie wird als eine posterior ausgeführt. Bei stärkerer Infektion ist das Nierenbecken zu drainieren und ca. acht Tage lang durch den Drain zu spülen. Bei Fortdauer der Pyelitis nach der Wundheilung soll das Nierenbecken von der Blase aus gespült werden. 17 Fälle werden mitgeteilt.

In der Diskussion empfiehlt W. Israel ebenfalls die Pyelotomie, wenn auch die Nephrotomie nicht auszuschalten ist; in 22 Fällen wurde Heilung ohne Fistelbildung beobachtet. Zondek zieht unter den gleichen Indikationen wie Oelsner die Pyelotomie vor, und kombiniert sie, wenn sie nicht ausreicht, mit Längsschnitt oder Radiärschnitt in der Niere. Auch Zondek empfiehlt die Pyelotomia posterior, gibt aber zu, dass die Inzision manchmal nur an der Vorderwand möglich ist; besonders ist sie bei erweitertem Nierenbecken gut auszuführen. Küster empfiehlt ebenfalls die Pyelotomie, und zwar auch bei infiziertem Nierenbecken und entfernte auf diesem Wege grosse beiderseitige Korallensteine.

Nicolich (65) konnte nach Nephrotomie Verdickungen und stärkere Narbenretraktion mit Bindegewebe und Rundzellenherden, aber sonst keine Veränderung des Nierenparenchyms nachweisen. Unter 17 Pyelotomien musste dreimal die Nephrotomie hinzugefügt werden. Dreimal wurde nach der Operation der Spontanabgang kleiner zurückgelassener Steine beobachtet.

Scherck (84) tritt bei Nierensteinen und bei Nierenverletzungen zunächst für exspektative Behandlung ein und ist zugleich ein Gegner der Nephropexie, die bei Nephroptose durchaus keine günstigen Resultate erzielt, dagegen spricht er sich bei Hypernephromen für frühzeitige Operation aus.

Smith (89) drängt bei Steinen, welche den Ureter nicht passieren können, auf möglichst frühzeitige Operation, bevor ernste Komplikationen — Infektion, Anurie, Schädigung des Nierengewebes eintreten, weil ein Stein stets eine Gefahr für Gesundheit und Leben darstellt. In 20—50 $^0/_0$ sind die Steine doppelseitig. Bei gutem Kräftezustand ist bei doppelseitiger Lithiasis die beiderseitige Operation in einer Sitzung vorzunehmen. Die stärker geschädigte oder dringendere Symptome zeigende Niere ist zuerst zu operieren. Die eingehendste Untersuchung mit allen klinischen und modernen Methoden (besonders auch der Prüfung der Funktion) ist Vorbedingung zur Operation.

In der Diskussion macht Friedman bei der Röntgendiagnose auf die Notwendigkeit der gründlichen Darmentleerung aufmerksam.

Herescu (28) macht darauf aufmerksam, dass auch entfernte Reize, z. B. von der Blase aus zu Anurie führen können. Wenn bei Anurie der Sitz des Steines durch Röntgenuntersuchung nicht zu ermitteln ist, sind beide Nieren zu inzidieren.

Bastianelli (5) empfiehlt nach Pyelotomie die Nierenbeckenwunde nicht zu nähen, wenn der Harnleiter offen ist, die Harnwege nicht zu tief infiziert sind und die Wunde nicht zu gross oder zerrissen ist. Wenn genäht wird, so soll eine einzige Catgutnahtreihe durch Fett und Nierenbeckenwand möglichst submukös gelegt werden. Ist die Wunde lang und zerrissen, so soll sie mit Fettlappen gedeckt werden. An dem das Nierenbecken bedeckenden Fett soll möglichst wenig präpariert und verletzt werden, namentlich soll eine Schicht Fett

über der hinteren Nierenfläche über das Nierenbecken intakt gelassen werden, um eine etwaige Lappenplastik auszuführen.

Escat (14) verteidigt die Nephrotomie bei Steinen gegen den Vorwurf der Cikatrisation und der Blutungsgefahr. Letztere lässt sich verhüten durch die Vermeidung von Zerreissung des Gewebes bei der Luxation der Niere und von Dekortikation, ferner durch die Beachtung akzessorischer Gefässe, durch Vermeidung von Kompression des Stiels, der mit einer Gazekompresse umgeben werden soll, weiter durch Anlegung der Nähte durch die Kapsel während Kompression der beiden Nierenhälften gegeneinander, endlich durch Knotenschnürung ohne Einschnürung des Gewebes. Im Falle von Verletzung der Niere oder der Kapsel ist die Blutung durch Gazekompressen zu stillen. Der Drain muss bis ins Nierenbecken reichen, mit seitlicher Öffnung ganz nahe der Spitze versehen sein und an der Hautwunde befestigt werden; seine Öffnung darf nicht im Nierengewebe liegen. Sekundäre Blutung kann durch Gazetamponade gestillt werden.

Krotoszyner (52) erklärt Nachblutungen, perirenale Infektion und septische Nephritis als Gefahren der Nephrolithotomie und für häufige Veranlassung zu sekundärer Nephrektomie. Er empfiehlt deshalb für aseptische oder geringgradig infizierte Fälle die Pyelotomia posterior, für Pyonephrosen und ernste Infektionen dagegen die Nephrektomie.

Squier (90) schlägt zur Freilegung der Niere einen Schnitt von den untersten Rippen drei Zoll weit nach abwärts längs des Bauches des Erector trunci vor, der nach Längsinzision seiner hinteren Scheide medianwärts gezogen wird; hierauf wird die vordere Muskelscheide bis zum Lendendreieck eingeschnitten und die letzte Rippe bis zu ihrem Köpfchen von Weichteilen befreit, endlich der Schnitt durch Quadratus lumborum und Lumbalfaszie erweitert. Als Vorteile dieses Schnittes werden die leichte Zugänglichkeit und Luxierbarkeit der Niere mit geringer Zerrung des Stiels und die Verhütung einer postoperativen Hernie hervorgehoben.

In der Diskussion erwähnt Fuller die Möglichkeit, dass Steine mit Infektion und vorgeschrittener eitriger Einschmelzung des Gewebes symptomlos sein können.

Hirschberg (31) erwähnt die Möglichkeit, durch Vibrationsmassage der Harnwege 3—4 Tage nach einer erfolglosen Kolik die Ausstossung von Steinen zu bewirken.

Grave (26) stellt unter Mitteilung eines Falles von 340 g schwerem Nierenstein, der bei einer 49jährigen Frau mittelst Nephrektomie gewonnen wurde, die Ansicht auf, dass die Steinbildung mit der Verteilung der Nierengefässe in Beziehungen steht und dass in einem durch eine akzessorische Arterie versorgten Nierenbezirk sich ein selbständiger Stein bilden kann. Die Korallenform wird ferner auch durch die durch Hydronephrose bewirkten Druckverhältnisse begünstigt.

Heidler (g. 5, 24) beschreibt einen Fall von doppelseitiger Steinerkrankung, bei dem die eine Niere, die im Nierenbecken und im Ureter multiple Steine und fast kein funktionsfähiges Parenchym mehr enthielt, samt dem Ureter exstirpiert und auf der anderen Seite die Nephrolithotomie mit günstigem Erfolg gemacht wurde. In einem Falle entstand nach der Nephrotomie eine schwere Nachblutung, so dass wenige Stunden später die Niere exstirpiert wurde. Ein dritter Fall mit schwerer Infektion wurde nephrektomiert und kam ad exitum.

Leedham-Green (54) berichtet über vier Fälle von Hufeisenniere mit Pyonephrose und Steinen, die mittelst Nephrolithotomie in drei Fällen mit günstigem Erfolg behandelt wurden. Im vierten Falle trat bei beiderseitiger infizierter Lithiasis nach rechtsseitgier Nephrolithotomie der Tod ein und in der Verbindungsbrücke der beiden Nieren fand sich bei der Sektion ein kleiner Karzinomherd, ausserdem Metastasen in Herz und Gehirn.

Stoeckel (94) beschreibt einen Fall von Anurie nach Abortus mit Tod an Urämie. Die Sektion ergab Fehlen der linken Niere, Obliteration des linken im Fettgewebe der Nierennische frei endigenden Ureters, die rechte Niere fast um das Doppelte vergrössert, mit Steinen angefüllt und von Abszessen durchsetzt, nur noch Reste von sezernierendem Gewebe enthaltend, und jauchige Pyelitis, Ausbuchtungen des rechten Ureters, darunter ein walnussgrosses, mit Eiter gefülltes Divertikel.

Grande (25) nimmt bei Steinanurie das Vorhandensein einer diathetischen Nephritis an, obwohl er zuweilen auch die Möglichkeit einer reflektorischen Anurie zulässt. Er spricht sich für möglichst baldige Operation aus.

12. Nierentumoren.

1. Baldwin, A., Hypernephroma of left kidney. West London Med.-Chir. Soc. Sitzg. vom 7. Febr. Lancet. Bd. 1. p. 532. (60jährige Frau, ausser Schmerzen keine Symptome; Nephrektomie; Heilung seit einem Jahr.)

2. Barjon et Japitat, Deux observations de cancer du rein à évolution latente. Lyon méd. 1912. p. 886. (Zwei vollständig symptomlose Fälle, einer bei der Sektion einer 75jährigen Frau mit Karzinom der Thyreoidea gefunden, einer in vita nachgewiesen und exstirpiert.)
3. *Barney, J. D., The symptomatology of renal tumors; a study of seventy-four cases from the Massachusetts general hospital. Boston Med. and Surg. Journ. Bd. 168. p. 300.
4. Batzdorff, Hypernephrommetastasen im Herzen. Chir. Ges. Breslau. Sitzg. vom 26. Mai. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 1504. (Tod zwei Tage nach Exstirpation der linken Niere wegen Hypernephroms; im Myokard zahlreiche linsengrosse Knötchen.)
5. Bérard und Alamartine, Deux néphrectomies pour épithéliomes à grandes cellules claires du rein (hypernéphrome?). Soc. de Chir. de Lyon. Sitzg. vom 28. Nov. 1912. Revue de Chir. Bd. 47. p. 264. (Enormer Tumor der linken Niere, Exstirpation; Mitteilung eines weiteren Falles mit Hämaturie, Nephrektomie ohne Rezidive seit sechs Jahren, aber noch mit zeitweiligen Hämaturien.)
6. Berlatzky, G. B., Klinische und pathologisch-anatomische Studie über maligne Hypernephrome. Chir. Arch. Weljam. Bd. 28. p. 631. (Fall von schmerzhaftem Hypernephrom, das die oberen zwei Drittel der linken Niere einnahm; neoplastische Thrombose der Nierenvene, Metastasen in Gehirn, Lungen, Herz, Schilddrüsen, Leber, Gedärmen, Nebenniere, Rippen, Sternum und rechten Femur; Sektionsbefund.)
7. *De Berne-Lagarde und de Beaufond, Les capsules surrénales dans le cancer du rein. Arch. urol. de la clin. de Necker. Heft 1. p. 72.
8. *Bloom, J. D., Embryonales Adenosarkom der Niere. The urol. and cutan. Review. Juli. p. 360.
9. Bonnel, Deux cas de tumeur réno-surrénale; épinéphrome et cancer du rein à cellules claires. Bull. et Mém. de la Soc. anat. de Paris. Nr. 5. p. 277. (Ein epinephraler abgekapselter, an der Konvexität der Niere liegender Tumor, der mit der Niere bei einer 80jährigen Frau exstirpiert wurde, und ein Karzinom der Niere, Nephrektomie.)
10. *Braasch, W. F., Clinical data on malignant renal tumors. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 60. p. 274.
11. *Cathelin, Les résultats de sa pratique hospitalière en cancérose rénale. 26. franz. Chir.-Kongr. Revue de Chir. Bd. 48. p. 761.
12. Commerell, Nierenkarzinom mit Metastasen in der Wirbelsäule und Kaudaläsion. Med.-naturwiss. Verein Tübingen. Sitzg. vom 16. Dez. 1912. Münchn. med. Wochenschrift. Bd. 60. p. 562.
13. Connel, A., Hypernephroma of kidney. Sheffield Med.-Chir. Soc. Sitzg. vom 6. März. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 559. (Exstirpation, Rezidive, Verschwinden durch Coleys Flüssigkeit.)
14. Cumston, C. G., Neoplasms of the renal pelvis and ureter; report of a case. Amer. Journ. of Urol. Bd. 9. Nr. 1. (Gutartiges Nierenbeckenpapillom mit Ureterverschluss; Nephrektomie, Heilung.)
15. Curschmann, Hypernephroma malignum. Ärztl. Kreisverein Mainz. Sitzg. vom 28. Okt. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 2761. (Sektionsbefund; zahlreiche Metastasen in der Lunge.)
16. *Damsky, Fall von primärem Nierenkarzinom. Russ. urol. Ges. St. Petersburg. Zeitschr. f. Urol. Bd. 7. p. 576.
17. *Dienst, A., Über den Bau und die Histogenese der angeborenen Nierengeschwülste. Zeitschr. f. gyn. Urol. Bd. 4. p. 45.
18. *Drew, D., Large renal calculus associated with sarcoma of the kidney. Lancet. Bd. 1. p. 521.
19. *Dreyer, Nephrektomie. Südostdeutsche Chirurgenvereinigung. Sitzg. vom 22. Nov. Zentralbl. f. Chir. Bd. 41. p. 148.
20. *Dunn, J. S., Renal hypernephroma. Glasgow Med.-Chir. Soc. Sitzg. vom 13. Dez. 1912. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 74.
21. *Durand, M., und H. Verrier, Les tumeurs paranéphrétiques. Lyon chir. Bd. 8. p. 389.
22. Fairise, C., und R. Morlot, Etude de quelques tumeurs malignes du rein chez les bovidés. Revue pathol. comparée. Bd. 13. p. 136. (Vier Fälle, welche beweisen, dass bei Rindern maligne Tumoren von gleichem Bau wie beim Menschen vorkommen.)
23. Federici, O., Über Nierengeschwülste bei Kindern. Riv. osped. 1912. Nr. 23. (Drei Fälle von Adenomyxosarkom, zwei klein- und rundzellig, ein Fall mit kleinen und

Riesenzellen; die Neubildung verschont die eigentlichen drüsigen Elemente, so dass Blutungen gewöhnlich fehlen.)

24. Fischer, Primäres Adenokarzinom der Niere. Ärztl. Verein Frankfurt a. M. Sitzg. vom 17. Febr. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 569. (Multiple Metastasen in fast allen Organen, besonders in den prävertebralen Drüsen des Mediastinums.)
25. *Frangenheim, P., Die Diagnose, besonders Frühdiagnose der Nierentumoren. Zentralbl. f. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 15. Nr. 4.
26. French, H., Adrenal hypernephroma in a young girl with precocious developement of sexual characteristics. Guys Hosp. Reports. Ref. Lancet. Bd. 1. p. 406. ($6^1/_2$jähriges Mädchen. Der Nebennierentumor hatte die normale Niere vollständig umwachsen, so dass er nur mit der Niere exstirpiert werden konnte. Metastasen in den Lungen. Exitus, Sektion.)
27. Gaté, Cancer du rein. Soc. des scienc. méd. de Lyon. Sitzg. vom 12. Juli 1912. Lyon méd. 1912. p. 135. (Markschwamm mit Hämaturie und vagen Leibschmerzen, sonst keine Harnsymptome; mediane Lage des Tumors. Laparotomie und Exstirpation.)
28. *Gayet, G., und L. Bériel, Cancer du rein et thrombose de la veine cave. Lyon chir. Bd. 9. p. 601.
29. Graef, Fall von Grawitzschem Nierentumor. Ärztl. Verein Nürnberg. Sitzg. vom 7. August. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 2486. (Nierentumoren durch Röntgendiagnostik nachgewiesen; Nephrektomie, Heilung.)
30. Hallas, Fibromyoendothelioma capsulae renis. Zieglers Beitr. z. path. Anat. u. allg. Path. Bd. 55. Heft 1. (Multiple Fibromyome derselben Niere neben einem Fibromyoendotheliom, das Metastasen in den retroperitonealen Lymphdrüsen gesetzt hatte; zufälliger Sektionsbefund.)
31. *Hallé, Cancroide rénal. XVII. franz. Kongr. f. Urol. Journ. d'Urol. Bd. 4. p. 815.
32. *Harttung, H., Hypernephrome der Niere. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 121. Heft 5/6.
33. — Extrarenaler Nebennierentumor. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 83. (Von einem versprengten Nebennierenkeim ausgegangen.)
34. Herxheimer, Karzinom der linken Nebenniere. Ärzteverein Wiesbaden. Sitzg. vom 5. März. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 1038. (In die Niere eingewachsen und diese vollständig zerstörend; mikroskopisch Karzinom, nicht Grawitz-Tumor.)
35. Hirano, F., Über einen Fall von Hypernephrom. Inaug.-Diss. München. (Mannskopfgrosser Tumor, 4800 g schwer, rechts mit Kreuz- und rechtsseitigen Lendenschmerzen. Transperitoneale Exstirpation, Tamponade und Drainage nach der Lendengegend. Exitus sechs Stunden nach der Operation; 46jährige Frau.)
36. Holländer, Nierentumor von achtjähriger Dauer. Ges. f. Chir. Berlin. Sitzg. vom 28. Juli. Med. Klinik. Bd. 9. p. 1569. (Hypernephrom mit lang bestehenden Blutungen; kleiner Tumor; Exstirpation.)
37. Jeanbrau, E., und E. Etienne, Néoplasme rénal du volume d'une cerise révélé par abondantes hématuries; néphrectomie. Journ. d'Urol. Bd. 3. p. 751. (Durch Rundzelleninfiltration abgekapseltes Epitheliom im unteren Pol, das innerhalb acht Monaten dreimalige schwere Hämaturien bewirkt hatte.)
38. *Joly, J. S., Three cases of kidney tumour, with discussion of operative treatment of condition. Practitioner. London. Bd. 91. Nr. 2. Lancet. Bd. 1. p. 888.
39. *Ipsen, J., Untersuchungen über die Grawitzschen Geschwülste. Beitr. z. path. Anat. u. allg. Path. Bd. 54. Heft 2.
40. Israel, J., Nierentumor von achtjähriger Dauer. Berl. Ges. f. Chir. Sitzg. vom 28. Juli. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 1586. (Hypernephrom durch einen Kelch ins Nierenbecken eingewachsen, intermittierende Hämaturien. Nephrektomie. Heilung.)
41. Israel, W., Demonstrationen zur Nierenchirurgie. Zeitschr. f. Urol. Bd. 7. p. 263. (Hühnereigrosses zystisches Hypernephrom bis ans Nierenbecken reichend, Hämaturien, die aus dem gesunden Nierengewebe stammten. Exstirpation.)
42. *—, Hypernephrom. IV. Kongr. d. Deutsch. Ges. f. Urol. Berlin. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 2279.
43. —, Akute, hochfieberhafte, abszedierende Pyelonephritis im restierenden Nierenparenchym eines Hypernephroms. Chir. Ges. Berlin. Sitzg. vom 28. Juli. Med. Klinik. Bd. 9. p. 1569.
44. —, Hypernephrommetastase im linken Humerus. Berl. Ges. f. Chir. Sitzg. vom 28. Juli. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 1586. (Nach Entfernung der linken Niere wegen Hypernephroms.)

45. Kielleuthner, Nierenbeckenkarzinom. IV. Kongr. d. Deutsch. Ges. f. Urol. Berlin. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 2279. (Bei einem 15jährigen Mädchen mit nur noch sehr geringen Nierenresten; in der Diskussion wird ein Fall von Nierenbeckenkarzinom von W. Israel und ein Fall von gutartigem Papillom von Lion erwähnt.)
46. *König, Demonstrationen zur Chirurgie der Nieren. Ärztl. Verein Marburg. Sitzg. vom 9. Nov. 1912. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 162.
47. Küttner, H., Beiträge zur Kenntnis und Operation des Struma suprarenalis cystica haemorrhagica. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 82. Heft 2. (Doppelter Harnleiter beiderseits.)
48. Lemon, Zwei Radiographien von Nierentumoren. Bull. et Mém. de la Soc. de radiol. de Paris. Juni. (Ein Fall von Vergrösserung der tiefstehenden Niere von regelmässigen Konturen, aber getüpfeltem Nierengrunde — Osteom; ein Fall von tiefstehendem, in den unteren drei Vierteln normalem Nierenschatten, der nach oben sich in eine beutelartige Krönung fortsetzte — Karzinom.)
49. *Lexer, Nierentumor. Naturwiss.-med. Ges. Jena. Sitzg. vom 12. Juni. Med. Klin. Bd. 9. p. 1131.
50. *Lower, W. E., Malignes Papillom des Nierenbeckens mit Blasenmetastase. Amer. Assoc. of gen.-ur. Surg. 27. Jahresvers. Journ. d'Urol. Bd. 4. p. 995.
51. Meyer, W., Nephrectomy for hypernephroma. New York Surg. Soc. Sitzg. vom 14. Mai. Annals of Surg. Bd. 58. p. 692. (Zwei Fälle von linksseitigem Hypernephrom: in einem Falle Hämaturien. Heilung.)
52. *Mock, J., Les tumeurs primitives du bassinet. Journ. d'Urol. Bd. 3. p. 623.
53. Nicholson, G. W., Transplantable carcinoma of kidney of white rat. Journ. of Path. and Bact. Cambridge. Bd. 17. Nr. 3. (In 10—60% gelang die Transplantation von Tumorteilen auf die gleiche Tierart.)
54. Oehlecker, F., Zur Klinik der malignen Tumoren. Zeitschr. f. urol. Chir. Bd. 1. p. 44. (Hypernephrom der rechten Nebenniere, das die normale Niere nach abwärts gedrängt hatte. Wichtigkeit der Pyelographie; Schulterschmerz, dessen anatomische Ursache in dem gemeinsamen Ursprung des Nervus phrenicus und der Nn. supraclaviculares gesucht wird.)
55. Payr, Nierentumor. Med. Ges. Leipzig. Sitzg. vom 1. Juli. Münchn. med. Wochenschrift. Bd. 60. p. 1800. (Viermalige Hämaturie seit einem Jahre; Hypernephrom vom unteren Pol ausgehend. Nephrektomie, Heilung.)
56. *Pleschner, H. G., Beiträge zur Klinik und pathologischen Anatomie der malignen Hypernephrome. Zeitschr. f. urol. Chir. Bd. 1. p. 309.
57. *Rosenfeld, E., Die histogenetische Ableitung der Grawitzschen Nierengeschwülste. Frankfurter Zeitschr. f. Path. Bd. 14. Heft 1.
58. Sand und Marque, Tumeur du rein. Soc. belge de Chir. Sitzg. vom Dez. 1911. Arch. gén. de Chir. Nr. 2. p. 188. (Kleinzelliges Adenosarkom bei einem vierjährigen Kind. 1170 g schwer. Exstirpation.)
59. *Saviozzi, V., Tumori pararenali. Tumori. Bd. 3. Nr. 2. Rom.
60. *Schloffer, H., Zur Nierenchirurgie. Prager med. Wochenschr. Bd. 38. Nr. 3 u. Verein deutsch. Ärzte Prag. Sitzg. vom 29. Nov. 1912. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 388.
61. *Stone, J. S., Hypernephroma of kidney. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 15. Nr. 6.
62. Storath, Fall von Hypernephrommetastase in der Nasenhöhle. Zeitschr. f. Ohrenheilk. u. f. d. Krankh. d. Luftwege. Bd. 69. p. 157. (Sieht Pulsation der Geschwulst und spontane Blutungen als Zeichen einer Hypernephrommetastase an.)
63. Swain, J., Hypernephroma or mesothelioma of the kidney. Bristol Med.-Chir. Journ. Sept. (Zwei Fälle von Nephrektomie, aber Rezidiv.)
64. *Swan, R. H. J., Tumours of the kidney. Lancet. Bd. 1. p. 374.
65. Tillmanns, Über embryonale maligne Mischgeschwülste der Niere. Freie Vereinig. d. Chir. d. Königreichs Sachsen. Sitzg. vom 26. Okt. 1912. Zentralbl. f. Chir. Bd. 40. p. 919. (Ins Nierenbecken durchgebrochenes Adenomyosarkom bei einem $4^1/_2$jährigen Kinde mit ausgedehnten Drüsenmetastasen. Nephrektomie, vorläufige Genesung.)
66. Weill, E., G. Mouriquand und Gardère, Enorme tumeur du rein gauche simulant une hypertrophie splénique; réaction de Weinberg très positive; opération, autopsie: pas de kyste hydatique. La Péd. prat. Nr. 12. p. 208. (Achtjähriges Kind, grosser Tumor der linken Bauchhälfte. Laparotomie, jedoch Schluss der Bauchwunde wegen Malignität des Nierentumors, der im oberen Nierenpol sich entwickelt hatte.)

67. Wendel, Embryonaler Nierentumor. Med. Ges. Magdeburg. Sitzg. vom 30. Jan. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 1067. (Grosses Adenosarkom mit Abplattung der Niere bei einem sechsjährigen Mädchen. Nephrektomie, Heilung. Ausserdem drei Grawitzsche Tumoren, zwei lumbal, einer transperitoneal exstirpiert.)
68. *Wilson, L. B., The embryogenetic relationships of tumors of the kidney, suprarenal and testicle. Southern Surg. and Gyn. Assoc. 25. Jahresvers. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 60. p. 236 u. Annals of Surg. Bd. 57. p. 522.
69. Wolff, T. R., Hypernephroma in horseshoe kidney. Amer. Journ. of Urol. Bd. 8. Nr. 12. (Mit mehrfachen Metastasen in der Niere, den mediastinalen Drüsen, in Leber, Myokardium und in der linken Achselhöhle; Sektionsbefund.)

Symptomatologie.

Barney (3) analysiert die Symptome der Nierentumoren aus 74 beobachteten Fällen. In 65 Fällen konnte eine Geschwulst palpatorisch nachgewiesen werden. Als Initialsymptom werden Schmerzen und Blutungen hervorgehoben, beide in Ruhe und ohne äussere Einflüsse auftretend. Zur Diagnose ist die Röntgendurchleuchtung — besonders die Pyelographie — wichtig, ausserdem die Kystoskopie zum Nachweis des renalen Ursprunges der Blutung. Die Mehrzahl der Nierengeschwülste bilden die Hypernephrome, die mit Vorliebe vom oberen Pol ausgehen. Von diagnostischer Wichtigkeit sind endlich der Nachweis von Metastasen.

Braasch (10) fand aus einem Material von 83 Fällen von bösartigen Nierentumoren, dass die drei Hauptsymptome Hämaturie, Geschwulst und Schmerz selten zugleich, sondern nur eines oder zwei vorhanden sind. Am häufigsten ist die Hämaturie, bei deren Bestehen zuerst an Nierentumor zu denken ist. Von besonderer Bedeutung für die Diagnose ist die Pyelographie. 61 Kranke wurden nephrektomiert mit sieben Operationstodesfällen. Von 27 entfernteren Todesfällen starben neun im ersten Jahre. Eine Dauerheilung über drei Jahre wurde in 27, eine solche über fünf Jahre in 10% beobachtet.

Frangenheim (25) betont die Ergebnislosigkeit der funktionellen Nierenuntersuchungsmethoden für die Diagnose, besonders für die Frühdiagnose eines Nierentumors, da sie nur dann angewendet werden können, wo der Nierentumor schon manifest geworden, also vorgeschritten ist, indem im Anfangsstadium der Verlauf symptomlos ist. Dagegen leisten sie für die Indikationsstellung zur Nephrektomie gute Dienste.

Schloffer (60) beschreibt sechs Fälle von Nierentumoren und spricht sich für möglichst frühzeitige Operation aus, die eine nicht ungünstige Prognose bezüglich der Dauerheilung bietet. Bei schon tastbarem Tumor ist die Prognose ungünstig. Ein Frühsymptom ist die Hämaturie, wobei mittelst der Kystoskopie die Seite der Erkrankung zu erkennen ist. Die Funktion der erkrankten Niere ist gewöhnlich herabgesetzt. Vor Verwechslung mit Blutung durch Stein oder Nierentuberkulose schützt die Röntgendurchleuchtung bzw. der Tuberkelbazillennachweis und der Tierversuch. Die Operation bei Nierentumoren erfordert eine beträchtliche Ausdehnung der Schnittführung, damit Zerrung und Quetschung der Geschwulst und damit Einpressen von Geschwulstkeimen in die Blut- oder Lymphwege vermieden wird.

In der Diskussion erwähnt Hock in bezug auf die Differentialdiagnose bei Nierenblutung die Hämaturie der Schwangeren infolge der Schwangerschaftskongestion.

Hypernephrome.

Dreyer (19) entfernte ein kindskopfgrosses Hypernephrom der Niere retroperitoneal mittelst eines 10 cm langen Querschnittes, den er in Nabelhöhe in der Verlängerung der vorderen Axillarlinie beginnen liess und bis in den M. rectus fortsetzte. Durch diesen Schnitt wurde ein ausgezeichneter Zugang zu dem Tumor gewonnen.

Dunn (20) folgert aus der histologischen Untersuchung von 11 Hypernephromen der Niere, dass diese nicht suprarenaler Abstammung, sondern wahre Karzinome sind, die wahrscheinlich aus dem veränderten Epithel kleiner Zysten in zirrhotischen oder senilen Nieren entstehen.

Harttung (32) folgert aus der Untersuchung von vier Hypernephromen, dass diese Geschwülste nephrogenen Ursprungs sind. In einem fünften Falle ergab die Untersuchung Karzinom.

Joly (38) beschreibt zwei Fälle von Hypernephromen (Nephrektomie) mit Nierenblutungen, in deren einem die Geschwulst ins Nierenbecken durchgebrochen war und dieses ausfüllte, ferner ein primäres Nierenkarzinom mit Nierenblutungen. In Fällen letzterer

Art wird die Exstirpation der Niere samt der gesamten Fettkapsel und der Nebenniere gefordert, weil die einfache Nephrektomie zu wenig radikal ist.

Lilienthal (g. 8, 97) hält die Hypernephrome für kongenitalen Ursprungs; wenn sie entdeckt werden, kommt die Operation meist schon zu spät. Knochentumoren, besonders pulsierende, bei gleichzeitiger Hämaturie, sprechen für Hypernephrommetastase und kontraindizieren die Operation.

Ipsen (39) kommt nach Untersuchung von 35 Grawitztumoren zu dem Schlusse, dass sie wahrscheinlich nicht aus versprengten Nebennierenkeimen, sondern aus Nierengewebe selbst entstehen und zu den papillösen Adenomen gehören.

Israel (42) beschreibt ein Hypernephrom mit Einwachsen in Hohlvene und rechtes Herz und Verbreitung in die Lungen, ferner ein solches mit Pyelonephritis und eines mit Metastasen im Humerus nach der Operation, endlich einen Nierentumor mit Blutung aus dem gesunden Gewebe. In der Diskussion erwähnt Schwarz einen Fall von Blutung aus der an Nephritis erkrankten anderen Niere bei Kystadenom der einen, Keitel einen Fall von Blutung aus den nephritischen Partien um ein papilläres Nierenadenom herum und einen Fall von Hypernephrommetastase in der Blase.

Lexer (49) beschreibt ein kleinkopfgrosses Hypernephrom in einer Niere, deren zwei freigebliebene Pole je ein eigenes Nierenbecken mit Ureter hatten, so dass die Harn- und funktionellen Proben auf der erkrankten Seite normale Werte ergeben hatten.

Pleschner (56) rechnet zwei Drittel aller Nierentumoren auf Hypernephrome. Als Symptome werden Hämaturie, Schmerz und Tumor, allerdings mit individuell wechselndem Vorkommen genannt. Zur Diagnose ist Kystoskopie und Funktionsprüfung notwendig. Die Therapie besteht am besten in der lumbalen, extraperitonealen Nephrektomie, die auch bei singulären Metastasen noch guten Erfolg bringen kann. Mitteilung von 25 Krankengeschichten und 80 aus der Literatur zusammengestellten Fällen.

Rosenfeld (57) schlägt statt des Namens Grawitzsche Tumoren den Ausdruck „hypernephroide Nierentumoren" vor, und für adenopapillomatöse Geschwülste mit Zellen, die denen der Grawitzschen Tumoren ähnlich sind, den Namen „papilläre Kystome und Adenome der Niere nach Grawitz"; die hypernephrogene oder nephrogene Natur dieser Zellen wird noch als ungeklärt bezeichnet.

Stone (61) betont, dass bei Hypernephromen, obwohl diese fast ausnahmslos maligne sind, Hämaturien nur selten auftreten; als allgemeine Symptome werden Merkmale von leichter Infektion mit Fieber, Leukozytose und Anämie genannt.

Swan (64) schätzt die Hypernephrome, die er zu den malignen Tumoren zählt, auf 75—80% aller Nierengeschwülste und lässt die Frage ihrer Entstehung aus Nebennierenresten oder aus Nierengewebe offen. Primäre Karzinome sind sehr selten und viele dafür gehaltene Geschwülste erweisen sich bei genauerer Untersuchung als Hypernephrome. Zu den benignen Geschwülsten werden die sehr seltenen Angiome, die Lipome und Fibrome, die embryonalen Mischgeschwülste und manche Fälle von Nierenbeckenpapillomen gerechnet. Als hauptsächlichste klinische Symptome der Hypernephrome werden Blutungen, dumpfe Schmerzen in der Nierengegend und die Nachweisbarkeit einer Nierenvergrösserung aufgezählt. Karzinome und Sarkome verursachen intensivere Schmerzen und mehr kontinuierliche Blutungen und infiltrieren rascher die Umgebung. Sarkome und Mischgeschwülste gehören mehr dem jugendlichen Alter an. Nierenpapillome können profuse Blutungen und Harnstauung im Nierenbecken bewirken. Für die Diagnose und Indikationsstellung zur Operation wird die Harnstoffbestimmung im getrennten Nierenharn und die Methylenblauprobe empfohlen. Acht Fälle von Hypernephromen, ein Karzinom und ein kavernöses Angiom einer Papillenspitze mit schweren Blutungen werden erwähnt. Die Frage, ob lumbal oder transperitoneal operiert werden soll, wird von der Grösse der Geschwulst abhängig gemacht.

Rudleck (e. 59) beobachtete bei einer Struma suprarenalis cystica haemorrhagica und gleichzeitiger Hydronephrose, dass nach Entleerung des Hydronephroseninhaltes durch den Ureterkatheter der hämorrhagische Inhalt der Zyste ins Nierenbecken durchbrach, wahrscheinlich infolge der Druckerniedrigung. Die Nierengeschwulst musste per laparotomiam exstirpiert werden und die Operation war wegen Adhärenz an der Aorta und an der Pfortader sehr schwierig.

Karzinome und Sarkome.

Cathelin (11) erklärt die Hämaturien, intermittierend und ohne Schmerzen, besonders des Morgens und ohne Cystitis bei negativem kystoskopischem Befund, wenn sie

bei Kranken zwischen 40 und 60 Jahren unter Abmagerung auftreten, für dringend verdächtig auf Nierenkarzinom.

Damsky (16) beschreibt ein mit Erfolg und ohne Rezidive durch Operation geheiltes Karzinom, das er als primäres Nierenkarzinom ansieht. In der Diskussion wird von Ikonnikow, Derewenko und Fedoroff diese Diagnose bezweifelt und ein multiples, malignes Nierenbeckenpapillom angenommen. Bezüglich der Diagnose hält Gorasch das periodenmässige Einsetzen der Blutungen („kapriziöse Niere") für charakteristisch für maligne Geschwulstbildung.

Gayet und Bériel (28) fanden bei Nierenkarzinom in 4—5% aller Fälle Gerinnselbildung in der Vena cava. Eine Diagnose ist kaum möglich, weil die Thrombose so gut wie keine Symptome macht, höchstens Ödem der Unterextremitäten, Erweiterung der Bauchhautvenen, Umkehr des Blutstroms. Wird eine Thrombose diagnostiziert, so ist die Operation zu unterlassen; wird sie erst nach der Exstirpation der Niere erkannt, so ist die Nierenvene proximal zu unterbinden. Wenn der Thrombus bis in die Hohlvene reicht, so soll bei beweglichem Thrombus die Vene inzidiert und das Gerinnsel entfernt, bei festem die Nierenvene partiell reseziert werden; in beiden Fällen ist die Vene seitlich zu vernähen. Die Hohlvene darf nicht unterbunden werden.

Halle (31) beschreibt einen Fall von Nierenkankroid, dessen Entwickelung er als Folge einer kongenitalen Hydronephrose durch Ureterknickung über einer akzessorischen Arterie und nachfolgende Pyonephrose zurückführt. Die Geschwulst sass primär im oberen Kelch und hatte zahlreiche sekundäre Knoten und Metastasen bewirkt.

De Berne-Lagarde und de Beaufond (7) erklären sich als Gegner der Mitexstirpation der Nebenniere bei Nephrektomie wegen malignen Nierentumors, da die Operation durch die tiefe Lage des Organs, seine nahen Beziehungen zu den grossen Gefässen, besonders zur Hohlvene und wegen der schwierigen Enukleation und der erschwerten Blutstillung sehr kompliziert wird, ausserdem wegen der ernsten, vielleicht tödlichen Schädigung, welche die Entfernung der Nebenniere bewirken kann. Endlich wird nach den bisherigen Beobachtungen die gleichseitige Nebenniere bei Nierenkarzinom selten per contiguitatem ergriffen, und wenn sie auf metastatischem Wege ergriffen ist, so bestehen auch Metastasen in anderen Organen.

Heidler (g. 5, 24) beschreibt acht Fälle von Nierengeschwülsten, darunter drei Karzinome (alle rechts, eines inoperabel), drei Sarkome, darunter ein embryonales bei einem siebenjährigen Mädchen, ein Hypernephrom und eine mitten im Nierengewebe sitzende Dermoidzyste, die Haare und einen Zahn enthielt. In drei Fällen wurde transperitoneal und in vier auf lumbalem Wege operiert mit zwei Todesfällen (je ein Karzinom und ein Sarkom.)

Drew (18) beschreibt ein grosses Spindelzellensarkom der Niere bei einer 46jährigen Frau, mit einem über 400 Gramm schweren Phosphatstein im Nierenbecken. Bei der Freilegung der Niere konnte nur der Stein, nicht aber der Tumor entfernt werden. Exitus. Die Geschwulstbildung wird als sekundär infolge Reizung durch den Stein aufgefasst.

Durand und Verrier (21) beschreiben ein Sarkom der Fettkapsel der Niere bei einer 40jährigen Frau, das die ganze rechte Lenden- und Darmbeingrube ausfüllte, den Magen verdrängte und ins Colon ascendens und transversum hineingewuchert war. In Niere und Nebenniere fanden sich keine Sarkomelemente. Operation, Exitus.

Nierenbeckengeschwülste.

Lower (50) beschreibt ein malignes Papillom des Nierenbeckens mit zwei metastatischen Blasenpapillomen an der Mündung des gleichnamigen Ureters. Die Niere wurde mit dem Anfangsteile des Ureters exstirpiert, dann die Blase geöffnet und die Geschwülste entfernt. Nach drei Monaten zeigte sich unter neuer Blutung ein neuer aus der Harnleitermündung hervorwachsender Tumor, so dass der ganze Ureter entfernt und ein Teil der Blase reseziert wurde. Nach weiteren zwei Monaten zeigte sich ein Rezidiv hinter dem Trigonum, das durch Fulguration zerstört wurde.

Mock (52) führt die primären Nierenbeckengeschwülste auf das Nierenbeckenepithel zurück und unterscheidet papilläre und nichtpapilläre Epitheliome. Die Symptome bestehen in Hämaturie, Geschwulstbildung und Schmerzen, zuweilen in Bildung einer intermittierenden Hämatonephrose. Die Operation der Wahl ist die primäre totale lumbale Nephro-Ureterektomie. Die Operationsmortalität betrug aus 22 Fällen von Papillomen 4,5%, aus 25 papillären Karzinomen 8%, aus 16 nichtpapillären Karzinomen 24%, die Zahl der Dauerheilungen von 2—10 Jahren im ganzen zehn.

Embryonale Geschwülste.

Bloom (8) führt die Entwickelung des embryonalen Adenosarkoms der Niere, das meist bei Kindern unter acht Jahren auftritt, auf die Epithelien der Kanälchen der Nierenrinde zurück. Die Entwickelung ist schleichend und meist symptomlos, die Geschwülste erreichen bedeutende Grösse und sind sehr gefässreich und die Hohlräume sind mit Blut gefüllt; Hämaturien sind selten. Ein Fall von retroperitonealer Nephrektomie bei einem vierjährigen Kinde wird mitgeteilt; Exitus nach der Operation an Asthenie.

Dienst (17) beschreibt eine hühnereigrosse Geschwulst der rechten Niere eines in der 30. Woche geborenen, frisch abgestorbenen Kindes, die sich als Adenomyosarkom erwies, das die ganze Niere tumorartig ohne deutlichen Grenzunterschied zwischen Geschwulst- und Nierengewebe erfüllte. Für die Entstehung dieser Geschwülste wird sowohl die Birch-Hirschfeldsche als auch die von Muus und Busse gegebene Erklärung abgelehnt und die Wilmssche — also die Entstehung aus mesodermalen Zellen, die sich noch nicht differenziert haben — angenommen.

König (46) exstirpierte bei einem vierjährigen Mädchen ein Teratom der linken Niere mit Ausgang in Heilung. Die Diagnose konnte durch Kystoskopie und Auffangen des normalen Harns der rechten Niere gestellt werden. Es war Hämaturie vorausgegangen. Die Geschwulst enthielt karzinomatöse Einlagerungen.

Wilson (68) führt Nierenbeckenpapillome und Karzinome auf Reizzustände des erwachsenen Nierenbeckenepithels zurück, den seltenen Markschwamm mit Wahrscheinlichkeit auf embryonale Ektoderminklusion im Nierenbecken und die Embryome der Nierenrinde bei Kindern auf Inklusion der Seitenplatte in die Kaudalportion des nephrogenen Stranges. Die Hypernephrome sind, wie es scheint, Mesotheliome, die von nephrogenen Bläschen stammen, welche im frühen Embryonalstadium keine tubuläre Verbindung mit dem Nierenbecken gefunden haben. Die meisten wahren Sarkome entwickeln sich primär aus dem erwachsenen Gewebe der Kapsel. Die Nierenrinde ist häufig Sitz von Inklusionen des mesonephralen und selten des suprarenalen Gewebes; ihre Umwandlung zu malignen Tumoren ist, wenn überhaupt vorkommend, sehr selten.

Saviozzi (59) stellt aus der Literatur 82 Fälle von pararenalen, d. h. aus der fibrösen oder Fettkapsel entstandenen Geschwülsten zusammen und beschreibt einen selbst beobachteten Fall. In 69 Fällen kam es zur Operation und zwar 38 mal zu Nephrektomie; in 12 Fällen blieb die Niere unverletzt. 21 starben, 32 genasen, 3 rezidivierten. In 7 Fällen konnte der Tumor nicht vollständig entfernt werden. Die Symptome beruhen meist nur auf Druck und Verschiebung der Nachbarorgane; zuweilen bestehen im Anfang Schmerzen. Der Harn ist unverändert, ausser wenn der Ureter komprimiert wird.

13. Parasiten der Niere.

1. Alhaique, Hufeisenniere mit Echinokokkenzyste. Congr. d. Soc. Ital. di Chir. 1912. La Clin. chir. Bd. 11. p. 2194. (Vier Hufeisennieren, eine mit grosser am Uterus adhärenter Echinokokkenzyste; Harn normal.)
2. Daniel, M. G., Kystes hydatiques du rein. Gaz. des Hôp. Bd. 86. p. 1915. (Übersicht über pathologische Anatomie, Symptomatologie, Diagnostik, Komplikationen, Ausgänge, Prognose und Therapie — Punktion, Nephrotomie, partielle und totale Nephrektomie und Marsupialisation.)
3. Diamantis, Kyste hydatique du rein gauche; néphrectomie, guérison. Journ. d'Urol. Bd. 3. p. 199. (Koliken mit Entleerung von Blasen und Hämaturien; kleinkindskopfgrosse Echinococcuszyste im unteren Pol entwickelt, das Nierenbecken involvierend und verkalkt. Lumbale Nephrektomie mit Einreissen des Peritoneums, das durch Tabaksbeutelnaht geschlossen wurde.)
4. Juvara, E., Ectopie pelvienne du rein gauche; dégénérescence mikrokystique et kyste hydatique. Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris. Bd. 39. p. 103. (Links im Becken liegende, bis fast zum Nabel reichende Geschwulst ohne Harnbeschwerden und ohne Anomalien des Harns. Bei der Laparotomie fand sich eine kleinzystisch degenerierte Beckenniere, deren obere Hälfte eine Echinococcuszyste mit Tochterzysten enthielt. Schwierige Exstirpation. Heilung.)
5. Longe und Daniel, Kyste hydatique du rein. Soc. de Chir. de Marseille. Revue de Chir. Bd. 47. p. 407. (Nephrektomie.)
6. Loumeau und Brandeis, Hémato-chylurie filarienne. Journ. de Méd. de Bordeaux. 1912. p. 716. (Fall von tropischer Filariachylurie.)

7. Pluyette und Gamel, Kyste hydatique du rein. Soc. de chir. de Marseille. Sitzg. vom 17. Dez. 1912. Arch. proc. de chir. Nr. 3. (Linksseitige zystische Nierengeschwulst mit ausstrahlenden Schmerzen; Weinbergsche Reaktion positiv. Exstirpation der Niere mittelst lateraler Laparotomie; Erwähnung des ähnlichen Falles von Longe und Daniel [5].)
8. Salomon, Nierenechinococcus. Ges. d. Ärzte Wien. Sitzg. vom 2. Mai. Wiener med. Wochenschr. Bd. 63. p. 1252. (Linksseitig, vielleicht von der Milz ausgehend; Entleerung von Blasen durch den Harn.)

XIII.

Chirurgische Erkrankungen des Abdomens.

Referent: Marineoberstabsarzt Dr. zur Verth.

A. Verletzungen.

1. Arnello, A., Beitrag zu Gefässzerreissungen nach Kontusionen des Abdomens. Rev. de med. é higiene pràct. Jahrg. 1, Nr. 9, p. 841—864. (Spanisch.) (Riss des Nierenhilus Tod, Riss von Mesenterium Tod.)
2. *Cauli, Giulio, Contusione addominale, rottura incompleta dello stomaco e completa del duodeno; contusione grave del pancreas e del colon. Osp. di S. Giacomo in Augusta, Roma. Riv. osped. Vol. 3. Nr. 7. p. 311—315.
3. Cope, V. Zachary, A lecture on abdominal injuries. Clin. Journal Vol. 41. p. 385—390.
4. *Diwald, Karl, Schussverletzung des Abdomens mit Browningpistole. Wien. klin. klin. Wochenschr. Bd. 63. S. 633—634.
5. *Favreul, Contusions du duodénum. Arch. prov. de chirurg. Tom. 22. Nr. 6. p. 352.
6. *Florence, J., Un signe tropeur dans les traumatismes abdominaux: la contracture de la paroi. Prov. méd. Jahrg. 26. Nr. 31. p. 341—342.
7. *Gale, S. S., Internal injuries of the abdomen. Virginia med. semi-monthly Vol. 18. Nr. 14. p. 344—347.
8. Glasstein, J. M., Zur chirurgischen Behandlung der subkutanen Verletzungen des Abdomens. Israelit. Krankenh., Odessa. Terapewtitscheskoje Obosrenije Jahrg. 6. Nr. 12. p. 379—384. (Russisch.) (Traumatische Ruptur des Dünndarms, Leberruptur und traumatische Zyste der Bauchspeicheldrüse; die ersten beiden geheilt, der letzte gestorben.)
9. Heinrichsen, F., Ein Fall von Verletzung durch Hornstich. Münchn. med. Wochenschrift Jahrg. 60. Nr. 41. p. 2283. (Trotz Verunreinigung der vorgefallenen Därme mit Erde und Dünger Heilung nach operativer Versorgung.)
10. *Hilse, Armin, Die freie Fetttransplantation bei Blutungen der parenchymatösen Bauchorgane. Chirurg. Fakultätsklinik, Dorpat. Zentralbl. f. Chir. Jahrg. 40. Nr. 48. p. 1849—1852.
11. Kirmisson, E., Contusion de l'abdomen avec rupture de l'intestin, occlusion consécutive, laparotomie secondaire, guérison. (Hop. des enfants malad.) Presse méd. Jahrg. 21. Nr. 74. p. 741—742.
12. Macewen, John A. C., A case of punctured wound of the abdomen, penetrating both walls of the stomach, which presented misleading symptoms. Lancet Vol. 184. p. 99. bis 100.

13. *Miginiac, G., Etude sur le plaies de l'abdomen d'après 24 observations inédites. Thèse de Paris Nr. 163.
14. Pelissier, Georges, Le masque ecchymotique par compression abdomino-thoracique. Prov. méd. Tome 26. p. 77—79. (Ursache mechanische Verhältnisse und Asphyxie.)
15. Perimoff, W., Zur Kasuistik der subkutanen Organrupturen der Bauchhöhle. Schamowsches städt. Krankenh., Kasan. Kasansche med. Zeitschr. Bd. 13. H. 1. S. 55—58. (Russisch.)
15a. Pfoertner, H., Über Pfählungsverletzungen des Rektums mit Eröffnung der Bauchhöhle und ihre Behandlung. Dissertation. Greifswald.
16. *Röpke, W., Über die operative Behandlung der durch stumpfe Gewalt entstandenen Duodenalverletzungen. Städt. Krankenh., Barmen. Arch. f. klin. Chir. Bd. 100. p. 925—937.
17. Rokitzky, W., Subkutane Bauchverletzungen der letzten 15 Jahre der chirurgischen Abteilung des Städtischen Peter-Paul-Krankenhauses in St. Petersburg. Chirurgitscheski Archiv Weljaminowa Vol. 29. H. 4. p. 554—575. (Russisch.) (Übersicht über subkutane Verletzungen der verschiedensten Bauchorgane auf Grund von 95 Fällen.)
18. Saito, T., Zwei Fälle von Darmruptur infolge des Hufschlages. Gun-i-dan-Zassi. Nr. 14. p. 868—871. (Ruptur am Jejunum; bei einem hing ein einige Meter langer Bandwurm in die Bauchhöhle; bei beiden Resektion einiger Zentimeter Darm, Murphyknopf; Heilung.)
19. Samurawkin, K. S., Zur Frage der penetrierenden Bauchwunden. Woenno. med. Journal Vol. 236. H. 3. p. 373—379. (Russisch.) (Zwei Stiche mit einem Offiziersäbel, Naht der geringen Darmverletzungen, Heilung.)
20. *Schmieden, Ruptur der Vena cava inferior durch Überfahrung. Naht der Vene. Kgl. chirurg. Univ.-Klinik, Berlin. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 122. H. 5/6. p. 591—596.
21. *Schricker, Hans, Zwei Beiträge zu den Schussverletzungen des Bauches. Städt. Krankenh. Mühlheim a. Rh. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 314—315.
22. *Schwabe, Ein weiterer Beitrag zur Kenntnis der Verletzung des Duodenums durch stumpfe Gewalt. Ärztl. Sachverst.-Zeitg. Bd. 19. p. 137—140.
23. Singley, John D., Bursting rupture of the stomach of extraordinary extent. Journal of the Americ. med. Assoc. Vol. 60. Nr. 20. p. 1535. (Fast total quer durchrissen, trotz Naht Tod.)
24. Stierlin, Über einen Fall von décollement traumatique (Morel-Lavallée) der Bauchdecken. Städt. Krankenh., Schwäb. Gmünd. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 88. H. 1. p. 121—124. (Ausgebreitete Ablösung des subkutanen Fettes von der Faszie. Im Spaltraum 1/4 l geronnenen Blutes. Ursache Tritt gegen den Leib von einer Kuh.)

In der reichlichen **Kriegsliteratur** des Berichtsjahres, deren Anführung aus Raumgründen unterblieb, sind zahlreiche Kapitel den Schusswunden des Bauches gewidmet. Die Ansichten über die Prognose der Bauchschusswunden im Kriege bedürfen einer gewissen Korrektur zur ungünstigeren Seite. An der durchaus konservativen Behandlungsart dieser Kriegsverletzungen hat diese Verschiebung der Erwartung des Ausgangs nichts zu verändern vermocht.

Im **Frieden** bleibt dagegen das **operative Vorgehen bei allen Verletzungen des Bauches, bei denen auch nur der Verdacht einer Beteiligung innerer Organe besteht, oberste Richtschnur** [Miginiac (13), ferner Schricker (21), Diwald (4), in dessen Fall ausser einer fünffachen Darmverletzung der schwangere Uterus durchschossen war und am 12. Tag nach der Verletzung Abort eintrat].

Zur **Diagnose innerer Bauchverletzungen** sind neben dem Hergang und den ersten Äusserungen der Verletzung zu verwerten 1. Fortleitung der Herz- und Atmungsgeräusche auf den Bauch, 2. Fehlen peristaltischer Geräusche (weniger sicher, 3. Schmerzempfindlichkeit, 4. Bauchdeckenstarre (nicht immer sicher), 5. Druckschmerz, 6. Sinken des Hämoglobingehalts, als Zeichen innerer Blutung, 7. Sinken des Blutdrucks. Stets katheterisieren!

Florence (6) **erschüttert die unbedingte Zuverlässigkeit** der allgemein als untrügliches Zeichen für eine innere Verletzung geltenden **Bauchdeckenspannung.** Die Spannung kann in schweren Fällen fehlen und bei leichten Kontusionen vorhanden sein. Bei allen zweifelhaften Verletzungen ist die Douglaspunktion zu empfehlen.

Hilse (10) empfiehlt zur **Blutstillung bei Defekten parenchymatöser Bauchorgane** die Transplantation von subkutanem **Fettgewebe**, das unbegrenzt reichlich zur Verfügung steht.

Seine Wirkung entspricht der Wirkung des Netzes, überragt die Wirkung von transplantierter Faszie.

Schmieden (20) führte eine **Venennaht** an der durch Überfahrung mit einem Automobil gerissenen **Vena cava inferior** aus, zugleich wurde die zertrümmerte rechte Niere exstirpiert. Tod nach 4 Monaten an Entkräftung infolge Anämie und anderer von der **Verletzung unabhängiger** Leiden. Die Autopsie zeigte glatte thrombenfreie Heilung der Venenwunde.

Von den vier Fälle von **Duodenalrissen** wurde nur der Verletzte Röpkes (16) gerettet. Zwei Stunden nach der Überfahrung Laparotomie. Querriss der Pars ascendens. Nach Abtragung der zerfetzten Ränder wurde das proximale Darmlumen seitlich mit dem Jejunum vereinigt und das distale unter der Plica duodenojejunalis durchgezogen und dann in die hintere Wand des Magens eingesetzt. Zum Schluss Anlegung einer Cökalfistel zu Darmspülungen und Nährklistieren, Spülung der Bauchhöhle und völliger Verschluss. **Diagnostisch** spricht für Duodenalverletzung eine neben der allgemeinen Druckempfindlichkeit des Bauches nachgewiesene lokalisierte besondere heftige Schmerzempfindlichkeit rechts und unterhalb vom Nabel. Freies Gas und Darminhalt können in der Bauchhöhle fehlen. Um an Retroperitonealverletzungen heranzukommen, wird die Mobilisierung des Duodenums nach Kocher empfohlen. Der Wert des Versorgungsverfahrens von Röpke für das Duodenum wird durch den Misserfolg Caulis (2) bestätigt. Der Kranke Caulis, bei dem neben anderen inneren Bauchverletzungen ein querer Abriss des Duodenums mit zirkulärer Naht behandelt war, starb am neunten Tage an Duodenalfistel. Der Fall Schwabes (22) starb 15 Minuten nach der Verletzung an Verblutung. Die Autopsie ergab einen totalen Abriss des Duodenums unmittelbar am Pylorus. Von Favreul (5) wurden andere Bauchverletzungen versorgt und dabei eine retroperitoneale kleinfingergrosse Perforation des absteigenden Duodenums übersehen; Tod am anderen Tag.

B. Netz, Mesenterium, retroperitoneales Gewebe.

1. *Becker, Johannes, Über chronisch-entzündliche Netzgeschwülste. Berl. klin. Wochenschr. Jahrg. 50. Nr. 41. p. 1903—1904.
2. Benedict, A. L., Bibliography of chylous cysts of the mesentery. Surg. Gynecol. a. Obstetr. Vol. 16. Nr. 6. p. 606—610.
3. Cartolari, Enrico, Sulle cisti ematiche mesenteriche e retroperitoneali. Osped. magg., Verona. Clinica chirurg. Jahrg. 21. Nr. 4. p. 725—778.
4. Ceelen, W., Über hämorrhagische Darminfarzierung. Charité-Ann. Jg. 37. p. 252—261.
5. Ebner, Ad., Über retroperitoneale Lipombildung mit spezieller Berücksichtigung der mesenterialen Lipome. Chirurg. Klinik, Königsberg i. Pr. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 86. H. 1. p. 186—222.
6. Floderus, B., Primäre Mesenterialdrüsentuberkulose vom chirurg. Standpunkt. Allm. Svenska Läkaret. Vol. 10. p. 233—245. (Schwedisch.)
7. Frazier, Charles H., Mesenteric cysts, with report of a case of sanguineous cyst of the mesentery of the small intestine. Journal of the Americ. med. Assoc. Vol. 61. Nr. 2. p. 97—99.
8. *Gundermann, Wilhelm, Über die Bedeutung des Netzes in physiologischer und pathologischer Beziehung. Akad. f. prakt. Med., Düsseldorf. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 84. Heft 3. p. 587—605.
9. *— Zur Pathologie des grossen Netzes. Chirurg. Klinik, Giessen. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. Nr. 41. p. 2278—2279 und Mittelrhein. Chirurgenvereinig., Tag. Marburg, 7. VI. Zentralbl. f. Chir. Jahrg. 40. Nr. 30. p. 1180—1181.
10. Holländer, Eugen, Zur Genese der Netztumoren. (Epiploitis plastica.) Deutsche med. Wochenschr. Jahrg. 39. Nr. 18. p. 845—847.
11. *Küttner, H., Über zirkumskripte Tumorbildung durch abdominale Fettnekrose und subkutane Fettspaltung. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 9—11.
12. Laplace, Ernest, Thrombosis of the mesenteric artery. Sect. on surg., med. soc. of the State of Pennsylvania, Scranton sess., 26. IX. 1912. Pennsylvania med. Journal Vol. 16. Nr. 9. p. 699—703.
13. Legiardi-Laura, C., Tumor of omentum with twist of pedicle, giving symptoms of acute appendicitis. Med. record. Vol. 84. Nr. 5. p. 205.
14. Leotta, Nicola, Le obliterationi dei vasi mesenteriali. Ricerche sperimentali e considerazioni cliniche. Istit. di clin. chir., Roma. Policlin., Sez. chir. Vol. 19. p. 484 bis 503; 1912. Vol. 20. p. 94—96 u. 111—137.

15. Ludwig, Eugen, Über ein malignes Adenomyom des Mesenteriums. Pathol.-anat. Inst., Univ. Basel.) Zentralbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. Bd. 24. Nr. 7. p. 289—294.
16. *Prutz, W. und E. Monnier, Die chirurgischen Krankheiten und die Verletzungen des Darmgekröses und der Netze. Deutsche Chir. Bd. 46k. Stuttgart, Enke. LXXI. 406 p. (Monographie.)
17. Reich, A., Beitrag zur Chirurgie der mesenteriellen Gefässverschlüsse und Darminfarkte. Chirurg. Klinik, Tübingen. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 87, Heft 2. p. 317—331.
18. *Reich, Anton, Embolie und Thrombose der Mesenterialgefässe. Ergebn. d. Chir. u. Orthop. Bd. 7. p. 515—597. Berlin, Springer.
19. Rona, D., Über Lymphangioma cysticum mesenterii. Allg. Krankenh., Baja, Ungarn. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 84. Heft 1. p. 122—125.
20. Sasaki, J., Vergleichende Studien über den Nahtverstärkungswert des ungestielten Netz-, Peritoneal- und Mesenteriallappens. Chirurg. Klinik, Heidelberg. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 123. Heft 1/2. p. 62—102.
21. *Schmieden, V., Über zirkumskripte entzündliche Tumorbildung in der Bauchhöhle, ausgehend vom Netz. Chirurg. Univ.-Klinik, Berlin. Berl. klin. Wochenschr. Jahrg. 50. Nr. 20. p. 908—909.
22. Stuzer, M. J., Zur Frage der Funktion des grossen Netzes im Kampf mit der intraperitonealen Infektion. K. Inst. für Infektionskrankh. „Robert Koch", Berlin und Diss. St. Petersburg. Ref. Med. Rundschau Bd. 79. p. 70—79.
23. Talbot, Fritz B., Tuberculosis of the mesenteric glands in infants and young children; its effect on absorption. Publ. of the Massachusetts gen. hosp. Vol. 4. Nr. 1. p. 290—300.
24. Tate, Magnus, A., Sarcoma of omentum. Am. Journ. of obst. Vol. 67. p. 1142 bis 4417.
25. Varisco, Azzo, Contributo clinico alla conoscenza dei tumori flogistici dell' omento. Clin. med., univ., Pavia. Gaz. med. ital. 64. Nr. 21. p. 201—203.

Die Erkrankungen des Gekröses und des Netzes werden in umfassender Monographie von Prutz und Monnier (16) ausführlich behandelt. Für alle einschlägigen Fragen sei auf diese als Teil der deutschen Chirurgie erschienene Bearbeitung verwiesen. Weiter liegen an brauchbaren Übersichtsreferaten die Arbeiten von Becker (1) über chronisch-entzündliche Netzgeschwülste und von Reich (18) über Embolie und Thrombose der Mesenterialgefässe vor.

Küttner (11) und Schmieden (21) machen auf eigentümliche umschriebene entzündliche Tumoren meist bei Fettleibigen ausgehend vom Netz aufmerksam, deren Ursache noch nicht sichergestellt ist.

Gundermann (8 u. 9), der die Bedeutung des Netzes in seinem regulierenden Einfluss für die Magengefässe bei physiologischer Hyperämie des Magens sieht, stellt der Eiselsbergschen Theorie, die das Auftreten von Magendarmblutungen nach Netzresektionen durch retrograde Embolie in die Magengefässe ausgehend von Thromben an den Unterbindungsstellen der Netzvenen erklärt, eine toxische Theorie gegenüber: Infolge chirurgischer Eingriffe am Netz entstehen zunächst durch Pfortaderembolien Leberschädigungen, die durch Abgabe toxischer Substanzen eine Veränderung der Magendarmgefässe mit nachfolgenden Blutungen herbeiführen.

C. Magendarmkanal.

1. Allgemeines.

1. Abadie, J., Sur les perforations multiples tuberculeuses de l'intestin. Presse méd. Tome 21. p. 148.
2. *Achard, H. J., The action of the peristaltic hormone after oral administration — a clinical report. Americ. med. Vol. 9. p. 111—114.
3. Anderson, J., A case of enteroliths. Brit. med. Journ. Nr. 2731. p. 931—932.
4. Barr, Richard A., Acute intestinal obstruction. NewYork med. Journal Vol. 97. Nr. 22. p. 1139—1142.
5. Beede, S. C., Operative technic in intussusceptio. Amer. Journ. of Surg. Vol. 27. Nr. 6. p. 208—210.

6. Berenberg-Gossler, Herbert von, Beiträge zur Entwickelungsgeschichte der kaudalen Darmabschnitte und des Urogenitalsystems des Menschen auf teratologischer Grundlage. Missbildungen am untersten Abschnitt des Ileum, am Cökum, Processus vermiformis, Kolon, Rektum, Harnblase und äusseren Genitalien. Anat. Inst., Univ. Freiburg i. Br. Anat. Hefte Bd. 49. Heft 3. p. 611—648.
7. Bien, Gertrud, Über einen Fall von Ileus, hervorgerufen durch Obliteration eines Meckelschen Divertikels. Karolinen-Kinderspit., Wien. Wien. med. Wochenschr. Bd. 63. p. 824—827.
8. *Boas, L., Beitrag zur Methodik und Technik der okkulten Blutuntersuchung des Magendarmkanals. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 154—157.
9. Bokay, Zoltan v., Polyposis intestinalis seu Polyadenomatosis intestinalis. Univ.-Kinderklinik, Budapest. Jahrb. f Kinderheilk. Bd. 78. Heft 2. p. 184—195 und Orvosi Hetilap Vol. 57. p. 175—179. (Ungarisch.)
10. Bollag, Karl, Zur Kenntniss des arteriomesenterialen Darmverschlusses. Bezirksspital, Interlaken. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte Bd. 43. p. 262—267.
11. *Bonifield, Charles L. Ileosigmoidostomy for colonic stasis. Americ. Journal of obstetr. Vol. 87. p. 338—346.
12. *Bovis, R. de, Autour de l'occlusion intestinale d'origine gravidique et de son mécanisme. Sem. méd. Jahrg. 33. Nr. 18. p. 205—206.
13. *Brunn, v., Über den Wert des Peristaltins für die Nachbehandlung Bauchoperierter. Vereinig. nordwestdeutsch. Chirurg., 13. Tag. Hamburg 13. I. Zentralbl. f. Chir. Bd. 40. p. 431—433.
14. Bunting, C. E. and A. P. Jones, Intestinal obstruction in the rabbit. 2. Pathol. dep., univ. of Wisconsin, Madison. Journal of exp. med. Vol. 18. Nr. 1. p. 25—28.
15. Cartolari, Enrico, Occlusione e volvolo dell' intestino determinati dagli ascaridi. Osp. civ. di isola della Scala, Verona. Gaz. degli osp. e delle clin. Jahrg. 34. Nr. 73. p. 769—771.
16. Catz, A., L'invagination rétrograde de l'intestin. Rev. de chirurg. Vol. 33. p. 213 bis 234.
17. Cheever, David, Acute angulation of the terminal ileum as a cause of intestinal obstruction in certain cases of acute appendicitis. Boston med. a. surg. Journ. Vol. 186. Nr. 20. p. 719—720.
18. Coerr, Frederic D. H., Enteroliths, review of literature with report of case. Journ. of Amer. med. assoc. Vol. 61. Nr. 25. p. 2238—2240.
19. *Colin, A., Über das Hormonal (Peristaltikhormon) Zuelzer. Zentralbl. f. d. ges. Therap. Jahrg. 31. H. 9. p. 449—450.
20. Corsy, F. et Aubert, Artères de l'intestin grêle et des côlons. Bibliogr. anat. Vol. 23. Nr. 2. p. 221—254.
21. Dagaew, W. F., Änderungen in den Verdauungsprozessen nach Gastroduodenostomie und Gastrojejunostomie, und nach totaler Magenexstirpation. Kais. Inst. f. exp. Med Mitteil. a d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 26. Heft 1. S. 176—194.
22. Dandy, Walter E. und L. G. Rowntree, Peritoneale und pleurale Resorption in ihren Beziehungen zu der Lagerungsbehandlung. Chirurg. u. pharmakol. Laborat., John Hopkins Univ., Baltimore. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 87. Heft 3. p. 539—567.
23. Deanesly, Edward, The diagnosis and treatment of intestinal obstruction. Brit. med. Journ. Nr. 2761. p. 1425—1429.
24. Delvoie, Paul, Diagnostic du cancer des voies digestives. Scalpet et Liège méd. Jahrg. 66. Nr. 17. p. 267—273 u. Nr. 18. p. 285—287.
25. *Dittler, Rudolf und Richard Mohr, Neue Untersuchungen über das Hormonal. Physiol. Inst. u. med. Klinik, Leipzig. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 25. p. 902—915.
26. Dupont, Robert, Le drainage du tube digestif dans le traitement de l'iléus péritonitique. Arch. mens. d'obst. et de gyn. T. 2. p. 57—81.
27. Eldridge, C. S., Surgery often the best remedy for chronic constipation. Internat. Journ, of Surg. Vol. 26. p. 21—22.
28. *Etienne, Georges, Les injections souscutanées de purgatifs. Scalpel et Liège méd. T. 65. p. 519—520.
29. Fagge, C. H., Chronic intestinal stasis. Lancet Vol. 184. Nr. 19. p. 1298—1300.
30. Forssner, Hj., Ein neuer Beitrag zur Pathogenese der angeborenen Darmatresien. Zentralbl. f. Chir. Bd. 40. p. 193—197.

31. Funk, V. A., Acute postoperative instetinal obstructions. Journ. of the Indiana State med. assoc. Vol. 6. p. 443—449.
32. Gaulejac, Henri de, Du role de la toxicité des sécrétions glandulaires dans la physiologie pathologique de l'occlusion intestinale. Presse méd. T. 21. p. 178—179.
33. Green, Robert M., Foster S. Kellogg and Peter L. Harvie, Spastic paralytic ileus. Boston city hosp. Boston med. a. surg. Journ. Vol. 168. Nr. 16. p. 580 bis 582.
34. Groot, S. B. de, Akute und chronische Invaginationen. Chirurg. Klinik, Groningen. Geneesk. Bladen uit klin. enl abor. Vol. 13. Nr. 2—3. p. 1—58.
35. *Gruber, Georg B., Beitrag zur Frage nach den Beziehungen zwischen Krebs und peptischem Geschwür im oberen Digestionstrakt. Krankenh. München r. d. Isar. Zeitschr. f. Krebsforsch. Bd. 13. Heft 1. p. 105—138.
36. *Grünbaum, Franz, Über die chirurgisch-pathologische Bedeutung einiger Darmparasiten. Diss. Heidelberg.
37. *Güsbeck und Orth, Experimenteller Beitrag zur Hormonaltherapie. Chir.-Kongr.
38. Heigel, A., Ein Beitrag zu den Entwickelungsstörungen des Darmtraktes. Pathol.-anat. Inst., deutsch. Univ. Prag. Prag. med. Wochenschr. Jahrg. 38. Nr. 44. p. 608 bis 612.
39. *Hesse, Friedrich Adolf, Klinisches über das Hormonal. Chirurg. Klinik. Greifswald. Therap. Monatsh. Jahrg. 27. Heft 10. p. 698—706.
40. *Hohmeier, Askariden als Ursache einer Darminvagination. (Mittelrhein. Chirurgenvereinig., Tag. Marburg 7. VI.) Zentralbl. f. Chir. Jahrg. 40. Nr. 30. p. 1178.
41. Hohmeier, F., Zwei Darminvaginationen aus seltener Ursache. Chirurg. Klinik, Univ. Marburg. Med. Klinik Jahrg. 9. Nr. 23. p. 905—907.
42. Horsley, J. Shelton, Surgical treatment of intestinal stasis. Lancet-clin. Vol. 109. Nr. 19. p. 501—503.
43. — Experimental transplantation of intestine after extensive excision of the sigmoid. Journ. Am. med. assoc. Vol. 61. Nr. 8. p. 544—547.
44. *Jordan, Alfred C., Intestinal stasis. (Stauung des Darminhalts.) Practitioner Vol. 90. Nr. 2. p. 441—454.
45. Jutte, M. Ernest, Transduodenal lavage. Treatment and report of some cases of chronic diseases. Journ. Am. med. Assoc. Vol. 60. p. 586—587.
46. Kelly, Thos. J. Brooke, Recent advances in the surgical treatment of gastrointestinal stasis due to ptosis of the different parts of the alimentary canal. Austral. med. Gaz. Vol. 34. Nr. 8. p. 172—173.
47. Kellogg, John H., Incompetency of the ileocecal valve. Disorders arising from this condition and their treatment. Med. record. Vol. 83. Nr. 25. p. 1105—1114.
48. Kopyloff, A. B., Zur Frage der operativen Behandlung der Kotfisteln. Landschaftskrankenh. Ssorok. Chirurgia Vol. 33. p. 685—707. (Russisch.)
49. *Lane, W. Arbuthnot, Chronic intestinal stasis. (Chronische Kotstauung.) Surg. gynecol. and obstetr. Vol. 16. Nr. 6. p. 600—606.
50. Lara, Antonio, Der Magen-chemismus bei der Colitis muco-membranosa. Rev. ibero-americ. de ciencias méd. Vol. 29. p. 22. (Spanisch.)
51. Lawbaugh, A. I., Ileus. Journal of the Michigan State med. soc. Vol. 12. Nr. 11. p. 586—593.
52. Lebon, H. et P. Aubourg, Contractions réflexes du gros intestin par excitation de l'estomac. Presse méd. Jahrg. 21. Nr. 56. p. 566—568.
53. Lion, G., Du bruit de clapotage dans le syndrome de l'occlusion incomplète du gros intestin. Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris. Jahrg. 29. Nr. 38. p. 860 bis 861.
54. *Ludwig, Fritz, Ileus bei Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Geburtsh.-gynäkol. Univ.-Klinik. Bern. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn. Bd. 75. Heft 2. p. 324—343.
55. Lyon, Gaston, Les entérospasmes permanents. Clinique (Paris) Tome 8. p. 120 bis 122.
56. Magruder, Ernest Pendleton, Neoplasms of the gastro-intestinal tract causing obstruction. Virginia med. semimonthly Vol. 17. Nr. 21. p. 521—526.
57. Mathieu, Albert, Etude clinique sur l'occlusion lente et progressive de l'intestin grêle. Gaz. des hôp. Jahrg. 86. Nr. 57. p. 917—919.
58. Mc Glannan, Alexius, Intestinal obstruction. A clinical study of one hundred and eighty-one cases. Journal of the Americ. med. assoc. Vol. 60. p. 733—736.

59. *Mc Kee, E. S., Hypodermic purgation. Therap. rec. Vol. 8. Nr. 90. p. 153—156.
60. Micheleau, E., Occlusion intestinale par calculs biliaires. Gaz. hebdom. d. scienc. méd. de Bordeaux. Tome 34. p. 15—17.
61. Miles, W. Ernest, An intestinal crushing clamp. Lancet. Vol. 2. p. 1555.
62. *Mizoguchi, Kiroku, The therapeutic utility of hormonal. Therapist. Vol. 18. Nr. 9. p. 103—104.
63. Monrad, S., Persönliche Erfahrungen über akute Darminvagination bei Kindern. Kongr.-Verhandl. d. Nord. chirurg. Foren. Kopenhagen.
64. Murphy, Contraction of intestinal anastomotic opening with extensive abdominal adhesions; coecal fistula. Surg. clin. of John B. Murphy Vol. 2. Nr. 2.
65. Myers, Victor C., The present status of rectal and duodenal alimentation. Post-graduate med. school a. hosp., New York. Post-graduate Vol. 28. Nr. 11. p. 987 bis 995.
66. Nägele, Otto, Die Enterostomie nach v. Hofmeisters Spicknadelmethode. Ludwigsspit. Charlottenhilfe u. Karl-Olga-Krankenh., Stuttgart. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 88. Heft 2. p. 356—379.
67. Neumann, A., Wiederholter Ileus wegen eigenartiger Dünndarmaffektion. Städt. Krankenh. am Friedrichshain, Berlin. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 126, Heft 1/2. p. 185—192.
68. Nottebaum, Die Behandlung von Magen- und Darmblutungen, insbesondere typhösen Darmblutungen, mit Tinctura Jodi. Deutsche med. Wochenschr. Jahrg. 39. Nr. 49. p. 2408—2409.
69. Nürnberger, Ludwig, Volvulus als Ursache von Melaena neonatorum. Univ.-Frauenklinik, München. Samml. klin. Vortr. Nr. 679. p. 639—667.
70. *Oldenborg, Hugo A., Exercises in the treatment of ptosis of the abdominal organs. Journal of the Americ. med. Ass. Vol. 60. p. 654—656.
71. *Pauchet, Traitement de la stase intestinale chronique (33 anastomoses, 3 résections du gros intestin.) Bull. et mém. de la soc. de chirurg. de Paris Tome 39. Nr. 27. p. 1144—1151.
72. *Payr, E., Zur Prophylaxe und Therapie peritonealer Adhäsionen. Chirurg. Klinik, Leipzig. Münch. med. Wochenschr. Jahrg. 60. Nr. 47. p. 2601—2604. (Eisenfüllung des Magendarmkanals und Elektromagnet.)
73. *Pettenkofer, W., Behandlung der postoperativen Darmparese resp. -paralyse. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 63. H. 3. p. 615—619.
74. *Pilcher, James Taft, Postoperative gastro-enterische Parese. Arch. f. Verdauungskrankh. Bd. 19. p. 69—78.
75. *Plew, Hermann, Über die Perforation des Darmes durch Askariden. (Pathol. Inst., Strassburg.) Arch. f. Kinderheilk. Bd. 62. Heft 1/2. p. 11—33.
76. Polacco, Andreas, und Alfred Neumann, Zur Ätiologie, Symptomatologie und Pathogenese der akuten Darmstrangulation. (K. k. Lagerspit., Bruck a. L. u. K. k. Garnisonspit. Nr. 1, Wien.) Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 122. Heft 1/2. p. 42—56.
77. Polya, Eugen, Jejunumkolon- und Magenkolonfistel nach Gastroenterostomie. (St. Stephan-Spit., Budapest.) Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 121. p. 101—120.
78. Poulsen, Kr., Multiple mesenteriale Chyluszysten bei einem 7jährigen Mädchen. Sundby-Hosp., Kopenhagen. Arch. f. klin. Chir. Bd. 101. Heft 1. p. 139—149. (Volvulus mit Darmperforation und diffuser Peritonitis. Resectio ilei. Heilung.)
79. Quimby, A. J., A study of intestinal stasis, with remarks on the uses and application of bismuth meal. Amer. med. Vol. 19. Nr. 4. p. 237—254.
80. Railliet, G., Tuberculose et vers intestinaux de quelques erreurs de diagnostic dues à l'elminthiasis. Rev. de la tubercul. Sér. 2. Tome 10. Nr. 4. p. 269—275.
81. Romeo, Pasquale, D'un voluminoso calcolo fecale inglobante l'untero e simulante neoplasia. Gaz. degli osp. e delle clin. Jahrg. 34. Nr. 51. p. 536—538.
82. Roger, H., Quelques considérations sur les bactéries de l'intestin. Presse méd. Jahrg. 21. Nr. 92. p. 917—920.
83. Rouville, de, et Roger, Ulcérations et perforations multiples de l'intestin grêle et du coecum par toxi-infection intestinale sur aiguë post-operatoie (hystérectomie pour métrite scléreuse). Rev. prat. d'obstétr. et de gynécol. Jahrg. 21. p. 102 bis 109 und Arch. d. malad. de l'app. dig. et de la nutr. Tome 7. p. 24—31.
84. *Rovsing, Thorkild, Gastrocoloptosis, its pathological signification and its surgical treatment. Ann. of surg. Vol. 57. p. 1—27.

85. Rybak, A. M., Zur Kasuistik der Fremdkörper des Darmes. Ärzte-Zeitung Bd. 20. p. 347—348. (Russisch.)
86. *Sackur, Paul, Experimentelle und klinische Beiträge zur Kenntnis der Hormonalwirkung. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 401—404.
87. Sanders, E. M., Chronic intestinal stasis. (Chronische Darmträgheit.) Journal of the Tennessee State med. assoc. Vol. 6. Nr. 5. p. 178—182.
88. Savariaud, M., L'invagination intestinale chez l'enfant et son traitement médico-chirurgical. Clinique (Paris) Jahrg. 8. Nr. 25. p. 386—388.
89. Savy, Paul, et Paul Bonnet, Les généralisations des tumeurs mélaniques au tube digestif. Arch. d. mal. de l'app. dig. Jahrg. 7. Nr. 5. p. 241—254.
90. Scagliosi, G., Polyposis intestinalis adenomatosa diffusa. (Städt. Hauptkrankenh., Turin.) Deutsche med. Wochenschr. Jahrg. 39. Nr. 31. p. 1502—1505.
91. *Schachner, August, Experimental anatomic and physiologic observations bearing upon the total exstirpation of the colon. Ann. of Surgery. Vol. 58. Nr. 3. p. 346 bis 355.
92. Schapiro, Nicolai, Über die Wirkung von Morphium, Opium und Pantopon auf die Bewegungen des Magen-Darm-Traktus des Menschen und des Tieres. Chirurg. Univ.-Klinik, Basel. Pflügers Arch. f. d. ges. Physiol. Bd. 151. Heft 1—3. p. 65—69.
93. *Schlagintweit, E., Experimentelle Versuche mit Hormonal. Pharmakol. Inst., Univ. München. Arch. internat. de pharmacodynam. et de thérap. Tome 23. Nr. 1/2. p. 77—101.
94. Schlesinger, E. G., Intestinal stasis. Boston Journal Vol. 169. Nr. 1. p. 14—16.
95. *Schloessmann, Über chirurgische Askaridenerkrankung. Mittelrhein. Chirurgenvereinig., Tag. Marburg, 7. VI. Zentralbl. f. Chirurg. Jahrg. 40. Nr. 30. p. 1178—1179.
96. *Schmieden, V., Zur operativen Behandlung der schweren Obstipation. Chirurg. Univ.-Klinik, Berlin. Arch. f. klin. Chir. Bd. 101. Heft 3. p. 697—707.
97. Schöne, Ch. und H. Weissenfels, Nachweis und Bedeutung der Tuberkelbazillen in den Fäzes. Med. Klinik, Greifswald. Zeitschr. f. Tuberkul. Bd. 21. Heft 3. p. 209 bis 221.
98. Schubert, G., Beiträge zum postoperativen Ileus. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 73. Heft 2. p. 500—516.
99. Schütz, Emil, Über Frühdiagnose der Karzinome des Verdauungskanals. Wien. klin. Wochenschr. Jahrg. 26. Nr. 26. p. 1053—1057.
100. *Smith, J. W., Enteroptosis. Cases operated on during 1912. Enteroptosis. Im Jahr 1912 operierte Fälle. Med. chronicle Vol. 25. Nr. 2. p. 53—64.
101. Souttar, H. S., A lecture on intussusception. Brit. med. Journ. Nr. 2735. p. 977—980.
102. Stadelmann, E., Über seltene Formen von Blutungen im Tractus gastrointestinalis. Berl. klin. Wochenschr. Jahrg. 50. Nr. 18. p. 825—829.
103. *Stierlin, Eduard, Über chronische Funktionsstörungen des Dickdarms. Ergebn. d. inn. Med. u. Kinderheilk. Bd. 10. p. 383—498.
104. Stolte, K., Klinische und anatomische Beobachtungen bei einem Kinde mit kongenitaler Darmstenose. Monatsschr. f. Kinderheilk., Orig.-Bd. 12. Nr. 6. p. 341—346.
105. Ssolowjeff, S. K., Über den Stoffwechsel bei verschiedenen operativen Defekten im Gebiete des Verdauungstraktus. Pathologische Abt. d. Kais. Instituts für exper. Medizin in St. Petersburg. Chef. E. S. London. Dissertation St. Petersburg. (Russisch.)
106. *Summers, John E., Surgical aspects of intestinal stasis, from a anatomic point of view. Journ. Am. med. Assoc. Vol. 61. Nr. 9. p. 639—642.
107. Thalheimer, William, Gas cysts of the intestine. Proceed. of the New York pathol. soc. Vol. 13. p. 5—12.
108. Treplin, Beitrag zur Ätiologie der Darminvaginationen. Münchn. med. Wochenschr. Jahrg. 60. Nr. 22. p. 1204—1205.
109. Types of intestinal stasis. Guy's hosp. gaz. Vol. 27. Nr. 648. p. 175—176.
110. Tuffier, Angiomes de l'intestin. Angiome de l'S iliaque, avec hémorragie profuse. Bull. et mém. de la soc. de chirurg. de Paris Tome 39. p. 268—274.
111. Veit, K. E., Zur Kenntnis des Offenbleibens des Ductus omphalomesentericus. Arch. f. klin. Chir. Bd. 102. Heft 4. p. 1014—11027.
112. Wathen, William H., When is operative treatment indicated in chronic dyspepsia? Journ. Am. med. assoc. Vol. 60. p. 714—717.
113. Wedenski, K. K., Experimenteller Beitrag zur Frage des zirkulären Ersatzes eines Darmrohrdefektes durch Haut. Chirurg. Klinik des Prof. Weljaminoff, St. Petersburg. Chirurg. Arch. Weljaminowa Vol. 29. Heft 2. p. 263—276. (Russisch.)

114. Wolff, A., Aseptische Enterostomie. Zentralbl. f. Chir. Jahrg. 40. Nr. 30. p. 1170 bis 1171.
115. Wortmann, Wilhelm, Über Darmsarkome. Städt. Krankenh. am Friedrichshain, Berlin. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 123. Heft 1/2. p. 103—132.
116. Zahn, Friedrich, Ein Fall von Volvulus des ganzen Dünndarms des Cökums, und Colon ascendens bei Mesenterium ileocoecale commune. Diss. Erlangen. 31 S. (Jacob.)
117. *Zahradnicky, F., Über die Behandlung des postoperativen, durch Adhäsionen bedingten Ileus. Wien. med. Wochenschr. Jahrg. 63. Nr. 32. p. 1973—1979 u. Nr. 33. p. 2046—2054.

Mit der **chronischen Obstipation** beschäftigte sich in umfassender Arbeit vor allem Stierlin (103). Er unterscheidet drei topographisch charakterisierte Formen: 1. Dyschezie; der Schatten durchwandert mit normaler Schnelligkeit das Kolon bis zur Flexura sigmoidea, dort bleibt er tagelang auch nach erfolgtem Stuhlgang sichtbar. 2. Die Obstipation vom Aszendenstypus, gekennzeichnet durch das ungewöhnlich lange Verharren des Kotes im Anfangsteil des Dickdarms. 3. Die Obstipation durch Transversoptose, verursacht durch verlängerten Aufenthalt des Kotes im ptotischen Colon transversum wegen Fehlen oder Verminderung der grossen Kolonbewegungen. Die in neuester Zeit am meisten geübten chirurgischen Eingriffe gegen die Obstipationen sind: 1. Durchtrennung von stenosierenden Strängen, 2. Fixierung dislozierter Kolonteile in normaler Lage, 3. Ausschaltung von Dickdarmabschnitten. 4. Resektion des Dickdarms. Schmieden (96) heilte eine Mischform von schwerer, über das ganze Kolon ausgedehnter Atonie und mässiger Dilatation mit angeborener enormer Verlängerung des Dickdarmmesenteriums durch eine doppelte Anastomosierung erstens zwischen den Fusspunkten der gewaltig verlängerten Flexura sigmoidea, zweitens zwischen dem Colon transversum und der Kuppe der Sigmaschlinge. Lane (49) misst der chronischen Kotstauung eine viel grössere Wichtigkeit bei als es bisher geschah. Er führt degenerative Veränderungen der Mamma auf die Kotstauung zurück. Die Resorption der Toxine glaubt er namentlich in den Dünndarm verlegen zu müssen. Bei starker Stase im Dickdarm und schlaffem Abdomen wurde das ganze Kolon exstirpiert. Ähnlich äussert sich Jordan (44). Auch Schachner (91) machte Kolonexstirpationen. Pauchet (71) hat die Totalresektion des Dickdarms aufgegeben und legt statt dessen Anastomosen an, ähnlich Bonifield (11) und Summers (106) und viele andere, besonders amerikanische und englische Autoren.

Abführmittel, subkutan und zwar in geringerer Dosis als per os zu nehmen, rät Etienne (28). Mc Kee (59) empfiehlt als solches Phenoltetrachlorphtalein. **Peristaltin** in Dosen von 1,5 g subkutan, nach Bedarf Wiederholung in Pausen von 10—12 Stunden, aus der Rinde von Rhamnus purshiana hergestellt, hat sich v. Brunn (13) als Mittel zur schnellen und schmerzlosen Wiederherstellung der Peristaltik, insbesondere als Prophylaktikum im Anschluss an Bauchoperationen bewährt. Das verbesserte **Hormonal,** dem die unangenehmen Nebenwirkungen des alten Präparates nicht anhaften sollen, fördert nach Sackur (86), intravenös und langsam injiziert, die Peristaltik, ohne gefährliche Blutdruckverminderung auszulösen. Nach Hesse (39) wirkt es ausgezeichnet, nicht selten lebensrettend, doch ist es keineswegs harmlos. Auch Colin (19), Mizoguchi (62) und Achard (2) empfehlen das Mittel. Dittler (25) und Schlagintweit (93) stellten auch bei dem verbesserten Hormonal Blutdrucksenkungen fest, die Schlagintweit durch Zusatz von Nebennierenpräparaten paralysierte, während Güsbeck und Orth (37) trotz Adrenalinzusatz Blutdruckverminderung eintreten sahen.

Pettenkofer (73) behandelt die postoperative Darmparese oder -paralyse mit elektrischen Darmeinläufen. Die dem Darm infundierte Flüssigkeit wird als Elektrode benutzt. Die andere Elektrode wird auf den Bauch aufgesetzt. Pilcher (74) hält frühzeitige Magenspülungen für das beste Mittel zur Behandlung der postoperativen Darmparese.

Zur Prophylaxe und Therapie peritonealer Adhäsionen schlägt Payr (72) vor, den Darm nach Eisenfüllung künstlich in gewollter Richtung mittelst Elektromagneten zu beeinflussen.

Berichte über **Askariden** als Ursache chirurgischer Erkrankungen nehmen zu. Schlossmann (95) sah in 2 Jahren 6 mal Auswanderung von Askariden durch die perforierte Appendix in die freie Bauchhöhle, 2 mal Spulwürmerileus, davon 1 mal Obturation, 1 mal Volvulus 1 mal echte Askariden-Appendizitis. Hohmeier (40) sah eine durch Askariden hervorgerufene Invagination des Ileum in das Cökum, Plew (75) eine Darmperforation, die er auf aktive Wirkung der Askariden bei gesundem Darm zurückführt. Auch Grünbaum (36) sah von

Askariden Darmperforation, von Oxyuren oberflächliche umschriebene katarrhalische Entzündungen, von Trichocephalen Kolitis.

In der Behandlung der **Ptosis der Bauchorgane** sind nach Oldenburg (70) Bewegungsübungen ein vorzügliches Mittel. Rovsing (84) unterscheidet zwei Formen der Gastrocoloptosis: 1. bei Mädchen, die nicht geboren haben, entstanden durch den Druck des Korsetts, 2. bei Frauen, die geboren haben, durch die Nachgiebigkeit der Bauchdecken. Behandlung bei der zweiten Form Bandage, in der ersten Fixierung des Magens an der vorderen Bauchwand, gegebenenfalls Erweiterung der Bauchhöhle durch plastische Operation. Smith (100) richtet besonders auf die Cökumveränderung bei Enteroptose seine therapeutischen Bestrebungen.

Gruber (35) findet bei statistischen Untersuchungen an Sektionsmaterial keinen Anhaltspunkt für besonders häufige Entstehung von Karzinomen auf dem Boden von peptischen Geschwüren.

Zum Nachweis okkulter Blutbeimischung zum Magendarminhalt gibt nach Boas (8) die Extraktion des Blutfarbstoffes mittelst Eisessig-Alkohol eine günstigere Ausbeute an Hämatin, als mit Eisessig-Äther und daher eine stärkere Blaufärbung bei der Weberschen Probe.

Von Arbeiten aus dem grossen Gebiet des Ileus sei besonders auf die Zusammenstellung Zahradnickys (117) über den postoperativen, durch Adhäsionen bedingten Ileus hingewiesen. Eine wirksame Prophylaxe gegen postoperative, einen Ileus vorbereitende Adhäsionen besteht in möglichster Vermeidung aller chemischen, thermischen und mechanischen Reizungen des Bauchfells beim Eingriff. Sicher vermieden werden diese Adhäsionen nur durch Bewegungen des Darmes, die durch Atropin, Physostigmin, Gummi arabicum, Lageänderung des Operierten, Massage, Gymnastik hervorzurufen sind. In der Behandlung des ausgebildeten, auf Adhäsionen zurückzuführenden, postoperativen Ileus stellt die Verordnung von Atropin, Physostigmin, die Anwendung hoher Einläufe und der Rektalsonde vielfach nur einen resultatlos verlaufenden, aber immerhin zu unternehmenden Versuch dar. Ist er nach 24 Stunden ohne Erfolg, so kommt in leichteren Fällen die operative Lösung der Adhäsionen, in schwereren die Enteroanastomose, die Darmresektion oder die Anlegung eines Anus praeternaturalis in Betracht.

Weiter sei aus dem Ileusgebiet noch die Arbeit von Ludwig (54) und Bovis (12) über Ileus bei Schwangerschaft erwähnt.

2. Radiologie des Magendarmkanals.

1. *Arnsperger, Die Röntgenuntersuchung des Magendarmkanals und ihre Ergebnisse für Physiologie und Pathologie. Leipzig, Vogel 1912. 72 S.
2. Assmann, Herbert, Zur Röntgendiagnostik der Dünndarmstenosen. Städt. Krankenh. Dortmund u. med. Klinik, Leipzig. Deutsche Zeitschr. f Nervenheilk. Bd. 47/48. Festschr. v. Strümpell p. 1—9.
3. Barclay, Alfred Ernest, The diagnosis of gastric and oesophageal affections by X-ray methods. Med. chronicle Vol. 57. Nr. 340. p. 187—218 u. Nr. 341. p. 249—299.
4. Barjon et Rey, Deux observations de biloculation gastrique, diagnostic radioscopique, intervention chirurgicale, guérison. Arch. d'électr. méd., exp. et clin. Vol. 21. p. 5—10.
5. Béclère, Henri, Biloculation d'emprunt de l'estomac par réplétion gazeuse du colon. Sténose du duodénum. Bull. et mém. de la soc. de radiol. méd. de Paris Jahrg. 5. Nr. 43. p. 93—95.
6. Béclère et Meriel, L'exploration radiologique dans les affections chirurgicales de l'estomac et de l'intestin. Soc. sav. 25. congr. frc. de chirurg., Paris Oct. 1912. Arch. gén. de chirurg. Tome 7. p. 45—47.
7. Bergmann, G. v., Zur diagnostischen Bedeutung der Pylorusfunktion. Stadtkrankenh., Altona. Zentralbl. f. Röntgenstrahl., Radium u. verw. Geb. Bd. 4. p. 1—5.
8. Bergmann, G. v., und G. Katsch, Über Darmbewegung und Darmform. Stadtkrankenh., Altona. Deutsche med. Wochenschr. Jahrg. 39. Nr. 27. p. 1294—1297.
9. Boehm, Gottfried, Über den Einfluss des Nervus sympathicus und anderer autonomer Nerven auf die Bewegungen des Dickdarms. II. med. Klinik, Univ. München. Arch. f. exp. Pathol. u. Pharm. Bd. 72. Heft 1. p. 1—55.
10. Bruegel, Carl, Bewegungsvorgänge am pathologischen Magen auf Grund röntgenkinematographischer Untersuchungen. Erwiderung auf die Bemerkung von Holzknecht und Haudek. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 593.

11. Bruegel, Carl, Bewegungsvorgänge am pathologischen Magen auf Grund röntgenkinematographischer Untersuchungen. Röntgeninst. Dr. Bruegel u. Dr. Kaestle, München. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 179—181.
12. Cafiero, Carmelo, Studio della funzione motoria dello stomaco mediante i raggi Röntgen. Gaz. med. lomb. Vol. 72. p. 49—50.
13. Carman, R. D., The Roentgen ray as an aid in the diagnosis of gastric cancer and ulcer. Journ. of the Indiana State med. Assoc. Vol. 6. Nr. 11. p. 485—505.
14. Carnot, Paul, Les mouvements de l'estomac, du pylore et du bulbe duodénal. (Die Bewegungen des Magens, des Pylorus und des Anfangsteils des Duodenums.) Paris méd. Nr. 29. p. 57—63.
15. Case, James T., X-ray aid in the diagnosis of carcinoma of the colon. Interstate med. Journ. Vol. 20. Nr. 12. p. 1103—1108.
16. — X-ray aid in the recognition of pyloric and duodenal ulcer; a new sign of duodenal ulcer. Journ. of the Michigan State med. Soc. Vol. 12. Nr. 11. p. 577—582.
17. Chapin, Henry Dwight, Radiographic studies of the gastro-intestinal tract in infants. Journ. Am. med. Assoc. Vol. 61. Nr. 16. p. 1419—1422.
18. Cohn, Max, Röntgenuntersuchung einer Frau, welcher der Magen und beide Nervi vagi reseziert worden sind. Städt. Krankenh., Moabit-Berlin. Berl. klin. Wochenschr. Jahrg. 50. Nr. 30. p. 1393—1395.
19. Cole, Lewis Greorgy, Preliminary report on the diagnosis of postpyloric (duodenal) ulcer by means of serial radiographie. New York med. Journ. Vol. 47. Nr. 19. p. 960—961.
20. David, Oskar, Zur Technik der Röntgenuntersuchung des Duodenums. Med. Univ.-Klinik, Halle a. S. Zentralbl. f. inn. Med. Jahrg. 34. Nr. 21. p. 521—524.
21. Dehn, v., Über krampfartige Zustände des Magens und des Darmes vom röntgenologischen Standpunkte aus. Russki Wratsch. Vol. 12. p. 89—91. (Russisch.)
22. Détré, Georges, Les fonctions mécaniques du gros intestin, leur étude radiologique Paris. med. Jahrg. 1912/13. Nr. 39. p. 285—289.
23. Dietlen, Hans, Die Insuffizienz der Valvula ileocoecalis im Röntgenbild. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahl. Bd. 21. Heft 1. p. 23—30.
24. Dominguez, Francisco, Spasme douloureux du pylore. Signe radiodiagnostique dans le cas d'ulcus. Bull. et mém. de la soc. de radiol. méd. de Paris. Jahrg. 5. Nr. 48. p. 293—296.
25. Douarre, Sur un cas de gastro-entérostomie spontanée décelée par la radiographie. Arch. d'électr. méd. exp. et clin. Tome 21. p. 206—210.
26. Dünkeloh, Röntgendiagnose chirurgischer Krankheiten des Magendarmtraktus. Freie Vereinig. d. Chir. d. Kgr. Sachsen, 1. Tag., Leipzig, 26. X. 1912.) Zentralbl. f. Chir. Jahrg. 40. Nr. 23. p. 919—923.
27. Dunham, John Dudley, Roentgenoscopic examinations versus clinical methods in the diagnosis of gastric disease. Med. record. Vol. 83. Nr. 24. p. 1066—1068.
28. Duwez, Radioscopie gastrique. Ann. de l'inst. chir. de Bruxelles. Jahrg. 20. Nr. 6. p. 97—102.
29. *Ehrenreich, M., Die röntgenologische Diagnostik der Magenkrankheiten. Med.-poliklin. Inst., Univ. Berlin. Berl. klin. Wochenschr. Jahrg. 50. Nr. 16. p. 734—738.
30. Eisen, Duodenal motility. Wiscons. med. Journ. Vol. 11. p. 316.
31. *Faulhaber, M., Die Röntgendiagnostik der Darmkrankheiten. Samml. zwangl. Abh. a. d. Geb. d. Verdauungs- u. Stoffw.-Krankh. Bd. 5. Heft 1.
32. Forssell-Gösta, Über die Beziehung der Röntgenbilder des menschlichen Magens zu seinem anatomischen Bau. Beiträge zur Anatomie und Physiologie des Magens. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahl. Erg.-Bd. 30. Arch. u. Atlas d. norm. u. pathol. Anat. in typischen Röntgenbildern. Hamburg, Gräfe & Sillem. XII.
33. Friedenwald, Julius and E. H. Baetjer, The value of X-ray examinations in the diagnosis of ulcer of the stomach and duodenum. Amer. Journ. of the med. sciences Vol. 146. Nr. 4. p. 480—496.
34. Gellé et Henri Béclère, Radiogrammes pris à trois mois d'intervalle dans un cas d'estomac biloculaire. Résultat opératoire. Bull. et mém. de la soc. de radiol. méd. de Paris. Tome 5. p. 19—21.
35. George, Arial W. and Isaac Gerber, The positive diagnosis of duodenal ulcer by means of the Roentgen-ray. Amer. quart. of roentgenol. Vol. 4. Nr. 4. p. 187—198.
36. Giugni, Sulla determinazione radioscopica della portio pilorica. Gaz. med. Lombarda. Vol. 72. p. 3.

37. Groedel, Franz M., Die Insuffizienz der Valvula ileococcalis im Röntgenbild. Hosp. z. hlg. Geist, Frankfurt a. M. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahl. Bd. 20. Heft. 2 p. 162—172.
38. Groedel, Franz, The influence of various contrast substances on the motility of the intestinal canal. Arch. of the Röntgen ray Vol. 17. Nr. 11. p. 420—422.
39. Glaessner, Karl und Sigmund Kreuzfuchs, Über den Pylorospasmus. IV. med. Klinik u. Röntgeninst. d. allg. Poliklinik, Wien. Münch. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 582—583.
40. Guillot, Maurice, Image diverticulaire de l'estomac, ne correspondant pas a une perte de substance de la paroi gastrique. Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris. Tome 39. p. 222—223.
41. Haudek, Beitrag zur Röntgendiagnostik der Magenkrankheiten. Verhandl. d. dtsch. Röntgen-Ges. Bd. 9. p. 53—57.
42. — Befunde bei Perigastritis. Verhandl. d. dtsch. Röntgen-Ges. Bd. 9. p. 46—47.
43. — Die Röntgenbefunde bei Ulcus duodeni und ihre Verwendbarkeit für den Chirurgen. Chir.-Kongr.
44. *Hesse, Otto, Beiträge zur Methodik und zu den Ergebnissen der Magendarm-Röntgenologie. Med. Univ.-Poliklinik, Bonn. Zeitschr. f. Röntgenk. Bd. 15. p. 80—111 u. 113—161.
45. Hoesslin, Heinrich von, Klinisch-röntgenologische Beobachtungen bei Verengerungen des Darmlumens. Med. Klinik, Halle. Zeitschr. f. Röntgenk. u. Radiumforsch. Bd. 15. Heft 9. p. 269—280.
46. Holitsch, R., Differentialdiagnose auf röntgenologischer Basis zwischen kallösen und karzinomatös entarteten Magenulcera. Verhandl. d. dtsch. Röntgen-Ges. Bd. 9. p. 60 bis 66.
47. — Röntgenbefund bei einem Fall von luetischem Sanduhrmagen. Verhandl. d. dtsch. Röntgen-Ges. Bd. 9. p. 57—60.
48. *Holzknecht, Guido, Der gegenwärtige Stand der Röntgenuntersuchung des Magens und Darms. Wiener med. Wochenschr. Jahrg. 63. Nr. 32. p. 1695—1972 u. Nr. 33. p. 2038—2046.
49. Holzknecht, G., und M. Haudek, Bewegungsvorgänge am pathologischen Magen auf Grund röntgenkinematographischer Untersuchung. Bemerkung zu dem Artikel von Carl Bruegel. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 413.
50. *Hürter, Neuere Ergebnisse der Radiologie des Magens. T. 1. Med. Klinik, Marburg. Beitr. z. med. Klinik. Jahrg. 9. Heft 7. p. 177—208.
51. Hustin, A., Notions de physiologie pathologique du gros intestin envisagée spécialement au point de vue chirurgical. Journ. méd. de Bruxelles. Jahrg. 18. Nr. 24. p. 227—233.
52. Jaubert de Beaujeu, A., La radiographie de l'estomac normal dans le décubitus latéral droit. Lyon méd. Jahrg. 45. Nr. 16. p. 832—837.
53. Kaestle, Karl, Vereinfachte Magen-Bioröntgenographie. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 346—348.
54. Kahn, Max, The X-ray study of 22 cases of ptosis of the stomach and colon before and after operation. Amer. quart. of Roentgenol. Vol. 4. p. 165—170.
55. Kienböck, Robert, Zur Röntgendiagnose der Colitis ulcerosa. Allg. Poliklinik u. Sanat. Fürth, Wien. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahl. Bd. 20. Heft 3. p. 231—239.
56. — Über Magengeschwüre bei Hernia und Eventratio diaphragmatica. II. med. Klinik. Wien. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahl. Bd. 21. Heft 3. p. 322—332.
57. — Über das Sigma elongatum mobile (Röntgenbefund). (Sanat. Fürth, Wien. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 68—69.
58. Kodon, Eugen, Versuch der Röntgentherapie bei Ulcus ventriculi. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahl. Bd. 20. Heft 5. p. 505—508.
59. *Krause, Paul, und Schilling, Die röntgenologischen Untersuchungsmethoden zur Darstellung des Magendarmkanales mit besonderer Berücksichtigung der Kontrastmittel. Med. Univ.-Poliklinik, Bonn. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahl. Bd. 20. Heft 5. p. 455—505.
60. Kupferle, L., Röntgenologische Studien über das Magengeschwür. Arch. f. physikal. Med. u. med. Technik Bd. 8. Heft 2/3. p. 111—161.
61. *Ladd, Maynard, Gastric motility in infants as shown by the Roentgen ray. Amer. Journ. of dis. of childr. Vol. 5. p. 345—358.

62. Ledoux-Lebard, R., L'examen du gros intestin par la méthode du repas bismuthé et du lavement de bismuth. Comparaison des deux methodes. Bull. et mém. de la soc. de radiol. méd. de Paris. Jahrg. 5. Nr. 46. p. 233—235.
63. Lenk, Robert, und Fritz Eisler, Experimentell-radiologische Studien zur Physiologie und Pathologie des Verdauungstraktes. Allg. Poliklinik, Wien. Münchn. med. Wochenschr. Jahrg. Nr. 19. p. 1031—1032.
64. Lüdin, M., Der Einfluss von Zwischenmahlzeiten bei der röntgenologischen Prüfung der Magenmotilität. I. med. Univ.-Klinik, Wien. Deutsche med. Wochenschr. Jahrg. 39. Nr. 26. p. 1239—1241.
65. *Major, Ralph., Röntgenologische Beobachtungen am Säuglingsmagen. Zeitschr. f. Kinderheilk. Orig. Bd. 8. Heft 4. p. 340—350.
66. Mathieu, Albert, De l'occlusion intestinale d'origine cancéreuse; considérations sur l'examen radioscopique. Gaz. des hôp. Jahrg. 86. Nr. 63. p. 1029—1031.
67. Mills, R. Walter and R. D. Carmen, The X-ray in the diagnosis of gastric ulcer and its sequelae. Washington univ. hosp. Surg., gynecol. and obstetr. Vol. 17.p. 1—25.
68. Müller, Cornelius, Die Leistungsfähigkeit der Radiologie in der Erkennung von Duodenalerkrankungen, besprochen auf Grund von Erfahrungen an 31 operierten Fällen. Komitatspit., Schässburg, Ungarn. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 26. Heft 1. p. 82—108.
69. Neumann, Rudolf, Magenkolonfistel mit klinischem und radiologischem Befunde. Städt. Krankenh. Moabit, Berlin. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahl. Bd. 20. Heft 4. p. 398—402.
70. Outland, John H., E. H. Skinner and Logan Clendening, A study of the mechanism of the stomach after gastro-enterostomy by means of the X-ray. Surg., gyn. and obstetr. Vol. 17. Nr. 2. p. 175—183.
71. Pancoast, Henry K., Gastro-intestinal diagnosis from the X-ray standpoint. Virginia med. semi-monthly Vol. 17. Nr. 19. p. 481—485.
72. Peterson, The form of the human stomach. Journ. of anat. and physiol. Vol. 47. p. 356—359.
73. Paterson, A. Melville, The position and form of the normal human stomach. Brit. med. Journ. Nr. 2736. p. 1205—1206.
74. Pfahler, George E., The Roentgen rays in the diagnosis of gastric and duodenal ulcer. Amer. quart. of Roentgenol. Vol. 4. p. 156—164.
75. Pisek, Godfrey Roger, Pyloric obstruction with a comparative study of the normal stomach of infants. Philadelphia pediatr. soc., meet. of Nov. 12. 1912. Amer. Journ. of Obstetr. Vol. 67. p. 418—420.
76. Ponzio, Mario, Contributo radiodiagnostico fra stomaci a clessidra da ulcera e da carcinoma. Osp. mariz. Umberto I. Giornale d. accad. di med. di Torino. Jahrg. 76. Nr. 5. p. 180—184.
77. Rath, Hans, Zur Röntgendiagnose von Magenerkrankungen: Über Verziehung des Pylorus nach rechts durch perigastrische und pericholezystische Prozesse. Med. Univ.-Klinik, Tübingen. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahl. Bd. 21. Heft 1. p. 67—77.
78. Réchou, G., Une préparation bismuthée pour examen radioscopique de l'estomac. Arch. d'électr. méd. Tome 21. p. 132—133.
79. Röpke, W., Das chronische Magenulkus im Röntgenbilde des luftgeblähten Magens. Städt. Krankenh., Barmen. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 26. Heft 2. p. 307—344.
80. Schlesinger, Emmo, Die Ergebnisse der Röntgenuntersuchung beim Ulcus ventriculi. Berl. Ges. f. Chir., Sitz. 20. I. Zentralbl. f. Chir. Bd. 40. p. 511.
81. — Die Ergebnisse der Röntgenuntersuchung beim Ulcus ventriculi. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 552—554.
82. Schüller, Leo, Klinische Erfahrungen über die Leistungen, die Grenzen und die Fehlerquellen bei der Röntgendiagnose der geschwürigen und krebsigen Veränderungen des Magens. Augusta-Krankenh., Düsseldorf-Rath. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 78. Heft 3/4. p. 309—360.
83. Schütz, Julius, Über Sekretions- und Motilitätsprüfung des Magens. III. med. Klinik, Wien. Wiener med. Wochenschr. Jahrg. 63. Nr. 16. p. 927—933 u. 1003—1010.
84. Skinner, E. H., The X-ray investigation of habitual constipation. Surg., Gynecol. and Obstetr. Vol. 17. Nr. 4. p. 409—418.
85. Snow, Irving M. and Marshall Clinton, The diagnosis of intussusception by X-ray. Amer. Journ. of dis. of childr. Vol. 6. Nr. 2. p. 93—98.

86. Stewart, William H., Ravages of carcinoma of the alimentary tract as shown by the X-ray. Internat. Journ. of surg. Vol. 26. Nr. 5. p. 182—188.
87. Stierlin, Eduard, Zur Röntgendiagnostik der Dünndarmstenose und des Dünndarmileus. Chir. Univ.-Klinik, Basel. Med. Klinik Jahrg. 9. Nr. 25. p. 983—986.
88. Stopford, J. S. B., A note on the shape of the normal empty stomach. (Eine Bemerkung über die Form des normalen leeren Magens.) Brit. med. Journ. Nr. 2736. p. 1206.
89. Stover, G. H., Negative roentgenological diagnosis in clinically diagnosed gastric carcinoma. Med. record. Vol. 84. Nr. 2. p. 66—67.
90. Strauss, Das Duodenalulkus und seine Feststellbarkeit durch Röntgenstrahlen. Kais. Wilh. Akad., Berlin. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahl. Bd. 19. p. 461—469.
91. Strauss, Über Beobachtungsfehler bei der radiologischen Untersuchung des Magens. Kais. Wilh.-Akad., Berlin. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahl. Bd. 21. Heft. 3. p. 291—295.
92. Strauss, H., und S. Brandstein, Röntgenuntersuchungen bei chronischer Obstipation. Jüd. Krankenh., Berlin. Berl. klin. Wochenschr. Jahrg. 50. Nr. 22. p. 1009—1012.
93. Vignard, E., Un cas d'estomac biloculaire, diagnostiqué par la radioscopie et opéré par le procédé de la gastro-anastomose. Arch. prov. de chir. Tome 22. Nr. 4. p. 221—228.
94. Welter, A., Beitrag zur Röntgendiagnostik der Dickdarmerkrankungen, speziell von Verwachsungen an demselben. Chir. Klinik, Leipzig. Bruns Beitr. z. Klin. Chir. B.d 85. Heft 1. p. 45—57.
95. White, Franklin W., A few important points in X-ray examination of the digestive tract. Boston med. a. surg. Journ. Bd. 168. Nr. 13. p. 449—454.
96. White, Franklin W. and Arial W. George, The X-ray method in diagnosis of gastric and duodenal ulcer. Boston med. and surg. Journ. Vol. 169. Nr. 5. p. 157—160.

Die radiologische Literatur über den Magendarmkanal nimmt rasch und erheblich zu. Besonders eifrig wird der Magen auf radiologischem Wege durchforscht.

An Monographien ist aus dem vorigen Berichtsjahr die Schrift Arnspergers (1) nachzutragen, der methodisch die Anatomie und radiologische Physiologie des gesunden und kranken Magens und des gesunden und kranken Darmes bespricht, Daten über die Einwirkung von Arzneien auf den Magendarmkanal mitteilt und die Arbeit durch ein systematisch geordnetes Verzeichnis der neueren Literatur ergänzt. Faulhaber (31) bespricht monographisch durch vielfache Skizzen ergänzt die Röntgendiagnostik der Darmkrankheiten. Das Röntgenbild ist ihm wesentlicher als die allerdings auch unentbehrliche Röntgendurchleuchtung. Eine besonders empfehlenswerte gedrängte Übersicht über das ganze Gebiet der Radiologie des Magendarmkanals einschliesslich Technik gibt Holzknecht (48) (Referat für XVII. internationalen medizinischen Kongress London); eine Übersicht über die röntgenologische Diagnostik der Magenkrankheiten ebenfalls mit Technik unter besonderer Berücksichtigung des Geschwürs und des Krebses gibt Ehrenreich (29). Die Differentialdiagnose zwischen Ulkus und Karzinom wird immer durch das Röntgenbild gefördert, in den meisten Fällen sogar entschieden. Krause und Schilling (59) bringen eine Übersicht über die **Verfahren** zur Darstellung des Magendarmkanals im Röntgenbilde. Sie empfehlen als bestes und billigstes Kontrastmittel das chemisch reine Bariumsuflat. Schöne Beiträge zur Methodik und zu den Ergebnissen der Magendarmradiologie bringt Hesse (44), zur Magenradiologie Hürter (50).

Beim Säugling ist Lage und Form des Magens, sowie Auftreten und Ausdehnung der Magenblase sehr verschieden und nicht für diagnostische Zwecke verwendbar. Bestimmt werden diese grossen Verschiedenheiten von den respiratorischen Verschiebungen des Zwerchfells und der aufrechten und horizontalen Lage des Säuglings während der Aufnahme [Major (65)]. Von den schönen Befunden Ladds (61) am Säuglingsmagen ist besonders erwähnenswert das Fehlen der Peristaltik. Schon bei Beendigung der Mahlzeit erscheint das Kontrastmittel im Dünndarm. Der Magen entleert sich in $1^1/_2$—$2^1/_2$ Stunden, doch bleibt ein beträchtlicher Rückstand, der in $4^1/_2$—$7^1/_2$ Stunden entleert wird.

Die zahlreichen Mitteilungen über die Radiologie der einzelnen Krankheitszustände werden zum Teil im folgenden unter Magen-Dünndarm und Dickdarm berücksichtigt.

3. Magen und Zwölffingerdarm.

1. *Allard, Ed., Zur Diagnose des Ulcus duodeni. (Marienkrankenh., Hamburg. Med. Klinik Bd. 9. p. 523—526.

2. Altschul, Walter, Sanduhrform des Magens, vorgetäuscht durch Erkrankungen der Leber. Deutsch. chir. Klinik, Prag. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahl. Bd. 21. Heft 3. p. 295—297.
3. — Beitrag zur Chirurgie des Magenkarzinoms. Bericht über 612 in der Zeit von 1895 bis 1911 (von Hofrat Prof. Dr. Wölfler) beobachtete Fälle. Chir. Klinik, Prag. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 84. Heft 2. p. 421—480.
4. Amelung, Gestieltes Myosarkom der Magenwand. Ver. f. wiss. Heilk., Königsberg i. Pr. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 567.
5. — Über primäre Myosarkome des Magens und die diagnostischen Schwierigkeiten der Magenwandtumoren. Chir. Klinik, Königsberg i. Pr. Beitr. z. Klinik Chir. Bd. 86. Heft 1. p. 154—176.
6. *Arcangeli, Adolfo, La dilatazione acuta post-operatoria dello stomaco e la sua patogenesi. Osp. civ. Umberto I, Castelfidardo. Clin. chir. Jahrg. 21. Nr. 3. p. 535 bis 560.
7. Aubourg, Paul, Bouton de Jaboulay persistant dans la cavité stomacale trois ans après une gastro-anastomose. Bull. et mém. de la soc. de radiol. méd. de Paris. Jahrg. 5. Nr. 48. p. 296—300.
8. Baggio, Gino, Sull' esclusione del pilore coi metodi costrittivi. Clin. chir., univ. Roma. Clin. chir. Vol. 21. Nr. 5. p. 1055—1074.
9. Bainbridge, Wm. Seaman, Possible errors in the diagnosis of abdominal cancer, a plea for exploratory laparotomy, illustrative cases. New York State Journ. of med. Vol. 13. Nr. 10. p. 529—534.
10. Barclay, A. E., The aetiology of gastric ulcer. Proceed. of the roy. soc. of med. Vol. 6. Nr. 7. Electro-therapeut. sect. p. 138—154.
11. Bartlett, Willard, A simple method of excluding the pylorus. Surg., gynecol. a. obstetr. Vol. 17. Nr. 4. p. 460.
12. — The use of a murphy button to effect duodeno-jejunostomy after gastrojejunostomy. Ann. of surg. Vol. 57. p. 81—82.
13. — The technic of gastro-enterostomy. (Journ. of the Amer. med. Assoc. Vol. 60. p. 511—512.
14. Bassler, Anthony, Some points gained during a ten years' experience in cases of undoubted gastric and duodenal ulcers. Amer. med. Vol. 19. Nr. 7. p. 485—491.
15. Batavyal, K. L., A case of hat-pin in the duodenum. Ind. med. gaz. Vol. 48. Nr. 4. p. 148.
16. Berg, A. A., The influence of gastro-enterostomy on gastric and duodenal ulcers. Journ. of the Amer. med. Ass. Vol. 60. p. 881—884.
17. Bergé, A. et R. Barthélemy, Ulcération et perforation gastriques avec abcès inter-gastro-splénique au cours d'une fièvre typhoide. Bull. et mém. de la soc. des hôp. de Paris. Jahrg. 29. Nr. 33. p. 567—571.
18. Bergmann, G. v., Das spasmogene Ulcus pepticum. Altonaer Stadtkrankenh. Münchn med. Wochenschr. Bd. 60. p. 169—174.
19. *Bergmann, v., Ulcus duodeni und vegetatives Nervensystem. Chir.-Kongr.
20. Bériel, L., et Ch. Gardère, Les lésions du muscle gastrique consécutives aux périgastrites. Leurs rapports avec les troubles de la motricité stomacale. Lyon chir. Vol. 9. p. 378—390.
21. *Best, Experimenteller Beitrag zur Ätiologie des Ulcus pepticum. Verhandl. d. Deutsch, pathol. Ges., 16. Tag., Marburg, 31. März bis 2. April. p. 385—387.
22. Beule, Fritz de, Quelques considérations pratiques au sujet de la chirurgie gastrique. Belgique méd. Jahrg. 20. Nr. 48. p. 567—571 u. Nr. 49. p. 579—584.
23. *Bier, Ulcus duodeni. Chir.-Kongr.
24. *— August, Zur Diagnose des Ulcus duodeni. Chir. Univ.-Klinik, Berlin. Deutsche med. Wochenschr. Jahrg. 39. Nr. 51. p. 2492—2496.
25. Binda, P., Contributo allo studio clinico dei tumori papillari e juxtapapillari del duodeno. Clin. med., univ. Pavia. Gaz. med. ital. Vol. 64. p. 61—64 u. 71—73.
26. Bitot, Emile. et Pierre Mauriac, Hématémèses par artériosclérose gastrique. (Blutbrechen infolge von Arteriosklerose des Magens.) Gaz. des hôp. Tome 86. p. 469—471.
27. Black, Kenneth, A method of performing gastro-jejunostomy. Brit. med. Journ. Vol. 2722. S. 442—443.
28. Bondi, S., Die selbsttätige Drainage des Magens nne Duodenums und ihre Anwendung für die klinische Diagnose. I. med. Univ.-Klinik, Wien. Arch. f. Verdauungskrankh. B. 19. Heft 6. p. 692—730.

29. Bonsdorff, Hj. v., Über Frühdiagnose des Magenkarzinoms. Finska läkaresällskapets handlingar, Vol. 55. S. 1—9. (Schwed.)
30. *Borchgrevink, O. J., Acute dilatation of the stomach and its treatment. (Akute Magendilatation und ihre Behandlung.) Surg., gynecol. a. obstetr. Vol. 16. Nr. 6. p. 662 bis 693.
31. Borszeky, Karl, Indikationen und Technik der Pylorusausschaltung. Chir. Univ.-Klinik, Budapest. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 84. Heft 1. p. 179—187.
32. Bourne, Aleck W., After-hystory of gastro-enterostomy for peptic ulcer. Brit. med. Journ. Vol. 2722. p. 438—441.
33. *Brenner, A., Zur Frage der Gastroenterostomie oder Resektion bei pylorusfernem Ulcus ventriculi. Wien. klin. Wochenschr. Jahrg. 26. Nr. 44. p. 1788—1790.
34. *Brüning, Aug., Ulcus duodeni. Chir. Univ.-Klinik, Giessen. Fortschr. d. Med. Jahrg. 31. Nr. 37. p. 1009—1015.
35. Brun, Hans, Ein epigastrischer Rippenkorbrandschnitt für Magenoperationen, insbesondere die Resektion bei Karzinom. Chir. Privatklinik „Im Bergli", Luzern. Korrespondenzbl. f. Schweiz. Ärzte Bd. 43. p. 65—69.
36. — Zur Mobilisation und Verlagerung des Magens und Duodenums bei Operationen am Magen und unteren Abschnitt der Speiseröhre. Anatomische Studien. Chir. Klinik u. anat. u. pathol.-anat. Inst., Zürich. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 84. Heft. 2. S. 305 bis 338.
37. Bryan, W. A., The discrepancy between clinical and postmortem findings in cancer of the stomach. Southern med. Journ. Vol. 6. Nr. 4. p. 255—259.
38. Büdinger, Konrad, Die Kurvaturplastik bei Sanduhrmagen. Arch. f. klin. Chir. Bd. 102. Heft 3. p. 838—854.
39. Cade, A. et Ch. Roubier, Coma dyspeptique et coma cancéreux. Clin. du prof. J. Teissier. Arch. des mal. de l'app. dig. et de la nutr. Jahrg. 7. Nr. 4. p. 181—210.
40. Caforio, Luigi, Ricerche eperimentali sulla esclusione pilorica alla Parlavecchio. Clin. chir. univ., Napoli. Gazz. internat. di med.-chir.-ig. Jahrg. 1913. Nr. 41. p. 697—972.
41. Carlson, A. J., Contributions to the physiology of the stomach. 2. The relation between the contractions of the empty stomach and the sensation of hunger. 3. The contractions of the empty stomach inhibited reflexly from the mouth. 6. A study of the mechanismus of the hunger contractions of the empty stomach by experiments on dogs. Hull physiol. laborat., univ. Chicago. Amer. Journ. of physiol. Vol. 31. p. 175—192, p. 212—222. Vol. 32. Nr. 7. p. 369—388.
44. *Carnot, Paul, Les mouvements de l'estomac et du duodénum étudiés par la méthode de la perfusion. Compt. rend. hebdom. des séanc. de la soc. de biol. Tome 74. Nr. 22. p. 1265—1268.
45. Castaigne, L'ulcère duodénal à forme hémorrhagique. Hôp. Beaujon. Clinique Jahrg. 8. Nr. 24. p. 370—372 und Gazz. degli. osp. e delle clin. Jahrg. 34. Nr. 87. p. 904—906.
46. *Cervera, E., und R. Luis y Yagüe, Ein Fall von Stenosis des Pylorus und des Ösophagus nach Einnahme von Natronlauge. Inst. Rubio, Madrid. Rev. ibero-americ. de ciencias méd. Vol 30 p. 21—28. (Spanisch.)
47. Chase, Richard F., Recent observations on the influence of the position of the stomach on certain aspects of gastroptosis. Journ. of the Amer. med· Ass. Vol. 60. p. 421 bis 423.
48. Cheinisse, L., Le gastrospasme. Sem. méd. Jahrg. 33 Nr. 46. p. 541—543.
49. Chiari, H., Zur Kenntnis der gutartigen Pylorushypertrophie. Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. Bd. 213. Heft 2/3. p. 262—272.
50. Clinton, Marshall, The etiology and morbid anatomy of duodenal ulcer. New York State Journ. of Med. Vol. 13. Nr. 10. p. 517.
51. Comite, Francesco Lombardi, Sifilide gastrica simulante una neoplasia. Gaz. degli osp. Vol. 34. p. 266—267.
52. *Corner, Edred M., Inferences on modern treatment drawn from histories of patient who have recovered from the perforation of a gastric or duodenal pyloric ulcer. Proceed. of the roy. soc. of med. Vol. 6. Nr. 5. Surg. sect. p. 164—177.
53. *— Perforation of gastric or duodenal (pyloric) ulcers. Lancet. Vol. 184. p. 600 bis 604.
54. Cowie, David Murray, The significance of the pyloric reflex in true and pseudopyloric stenosis in infants. Amer. Journ. of dis. of childr. Vol. 5. p. 225—233.

55. *Crämer, Das runde Magengeschwür. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Jahrg. 10. Nr. 10. p. 299—304 u. Nr. 11. p. 333—338.
56. Crile, G. W., Indications and technic in gastric resection and gastroenterostomy. Amer. Journ. of Obstetr. Vol. 67. p. 327—333.
57. Crymble, P. T., Gastro-pancreatic folds: their relation to the movements of the stomach and to the subdivisions of the lesser sac. Journ. of anat. and physiol. Vol. 47. p. 207—224.
58. Cuneo, Sur la blessure de l'artère colique moyenne au cours des opérations sur l'estomac. Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris. Tome 39. p. 174—179.
59. Dardano, Giovanni, Affondamento nella vacità peritoneale di un tratto di cute aderente allo stomaco. Lavoro sperimentale. (Experimentelle Arbeit.) Clin. chir. Univ., Genova. Morgagni. Jahrg. 55. Teil 1. Nr. 11. p. 423—425.
60. *Dauwe, Ferdin, L'hérédité de l'ulcère rond de l'estomac. Arch. d. mal. de l'app. dig. et de la nutr. Jahrg. 7. Nr. 7. p. 375—383.
61. Davis III, Nathan S., Diverticula of the duodenum. Rush med. coll. Transact. of the Chicago pathol. soc. Vol. 9. p. 1—7.
62. Deaver, John B., Posterior gastrojejunostomy in acute perforative ulcer of the stomach and duodenum. Journ. of the Amer. med. Ass. Vol. 61. Nr. 2. p. 75—80.
63. — Acute perforated duodenal and gastric ulcers. Report of 25 cases occurring at the German hospital in the last 6 years. Ann. of surg. Vol. 57. Nr. 5. p. 703—712.
64. Dedekind, Franz, Zur operativen Behandlung des Ulcus duodeni. Deutsche chir. Klinik, Prag. Prager med. Wochenschr. Jahrg. 38. Nr. 45. p. 622—625.
65. Delava, Trois cas de perforation d'ulcère duodénal. Ulcus duodeni.) Ann. de la soc. éd.-chir. de Liège. Jahrg. 52. Heft 7. p. 264—266.
66. *Delore, X., et L. Arnaud, Les brûlures de l'estomac consécutives à l'ingestion d'acides. Rev. de chir. Jahrg. 33. Nr. 4. p. 486—511.
67. *Dewey, Kaethe W., Tuberculosis of the stomach with extensive tuberculous lymphangitis. Journ. of infect. dis. Vol. 12. Nr. 2. p. 236—248 und Transact. of the Chicago pathol. soc. Vol. 9. Nr. 2.
68. Dietrich, A., Kleine Darmkarzinome vom Typus der Karzinoide mit schwerer Leberkarzinose. Städt. Krankenh., Westend-Charlottenburg. Frankf. Zeitschr. f. Pathol. Bd. 13. Heft 3. p. 390—401.
69. Disqué, Über Atonie und Gastroptose. Med. Klinik Bd. 9. p. 175—177.
70. Dobbertin, Pylorusausschaltung mittels Totaldurchtrennung und Gastroenteroanastomose End-zu-Seit. König. Elisabeth-Hosp., Berlin-Oberschönweide. Zentralbl. f. Chir. Jahrg. 40. Nr. 37. p. 1441—1443.
71. *Dünkeloh, Wilhelm, Das Ulcus duodeni. Chir. Univ.-Klinik, Leipzig. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 27. Heft 1. p. 174—182.
72. *Duncan, Harry H.. Postoperative dilatation of the stomach. New York med. Journ. Vol. 97. p. 502—503.
73. Durand, Gaston, La diarrhée accident consécutif à la gastroentérostomie. Progr. méd. Tome 41. p. 2—4.
74. Eagleson, James B., Congenital hypertrophic stenosis of the pylorus with report of three cases. (3 Fälle.) Northwest med. Vol. 5. Nr. 4. p. 89—92.
75. *Einhorn, Max, Indikationen für die Duodenalernährungsmethode. Deutsche med. Wochenschr. Jahrg. 39. Nr. 29. p. 1404—1406.
76. — Further experiences with duodenal ulcer. Med. rec. Vol 84. Nr. 9. p. 369—373.
77. Enriquez, Ed., et Gaston Durand, Les sténoses pyloriques frustes à forme gastralgique. Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris. Jahrg. 29. Nr. 18. p. 1057 bis 1077.
78. *Ewald, C. A., Über das Ulcus duodenale. Berl. klin. Wochenschr. Jahrg 50. Nr. 39. p. 1789—1792.
79. *Faber, Knud, Das chronische juxtapylorische Magengeschwür. Med. Univ.-Klinik, Kopenhagen. Med. Klinik. Jahrg. 9. Nr. 34. p. 1359—1362.
80. Faroy, G., Résultats du traitement chirurgical de 69 cas de cancers et ulcérocancers gastriques. Arch. d. malad. de l'app. dig. et de la nutr. Tome 7. p. 61—85.
81. *Faulhaber, Zur Diagnose und Behandlung des chronischen Ulcus pylori. Münchn. med. Wochenschr. Jahrg. 60. Nr. 17. p. 915—919 u. Nr. 18. p. 983—987.
82. Favreul, Diagnostic et traitement de l'ulcère perforé du duodénum Gaz. méd. de Nantes. Jahrg. 31. Nr. 44. p. 885—895.

83. Filadoro, P., Sui risultati della terapia chirurgica dell' ulcera dello stomaco. Policlin. Umberto I. Policlinico, Sez. prat. Jahrg. 20. Nr. 32. p. 1148—1152.
84. Finsterer, Hans, Über die Freilegung inoperabler Magenkarzinome zur Röntgenbestrahlung und die damit erzielten Erfolge. Chir. Univ.-Klinik, Wien. Münchn. med. Wochenschr. Jahrg. 60. Nr. 16. p. 855—859.
85. Finsterer, Hans, und Karl Glaessner, In die Milz penetrierendes Ulcus der grossen Kurvatur des Magens. II. chir. u. III. med. Klinik, Wien. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 27. Heft 1. p. 126—140.
86. Fischer, A., Ein Fall von Sanduhrmagen infolge von tuberkulöser adhäsiver Peritonitis. Korrespondenzbl. f. Schweiz. Ärzte. Jahrg. 43. Nr. 20. p. 609—623.
87. Flebbe, Georg, Über das Magensarkom. Städt. Krankenh., Wiesbaden. Frankf. Zeitschr. f. Pathol. Bd. 12. p. 311—336.
88. *Fletscher, Fred, Sub-total gastrectomy for gastric atony. Case report. Amer. Journ. of Surg. Vol. 27. p. 19—23.
89. Fortescue-Brickdale, J. M., Methods of diagnosis in gastric cancer. Bristol med.-chir. Journ. Vol. 31. Nr. 120. p. 108—121.
90. Fredet, P, et L Tixier, Sténose hypertrophique du pylore chez un nourrisson. Gastroentérostomie à l'age de treize jours. Guérison. Bull. de la soc. méd. d. hôp. de Paris. Tome 28. p. 868—881 und Pédiatr. prat. Jahrg. 11. Nr. 7. p. 119—125.
91. *Frick, Anders, Gastric dilatation, its treatment by removal of gastric contents, starvation, and rest in bed. Journ. of the Amer. med. Ass. Vol. 60. Nr. 24. p. 1859 bis 1864.
92. Friedenwald, Julius, On the frequency of the transition of ulcer of the stomach into cancer. Boston med. a. surg. Journ. Vol. 168. Nr. 22. p. 706—797.
93. Friedrich, Hugo, Beiträge zur Untersuchung des Mageninhalts ohne Sonde. Arch. f. Verdauungskrankh. Bd. 19. Heft 5. p. 606—613.
94. *Gallas, Pierre, De l'ulcère du duodenum chez le nouveau-né et le nourrisson. (Das Duodenalgeschwür beim Neugeborenen und beim Säugling.) Nourisson. Jahrg. 1. Nr. 6. p. 331—344.
95. Gelinsky, Zur Technik der Magen- und Dickdarmresektionen. Kgl. Charité, Berlin. Zentralbl. f. Chir. Jahrg. 40. Nr. 19. p. 713—720.
96. Glaessner, K., und S. Kreuzfuchs, Über Ulcus ventriculi und duodeni. III. med. Klinik, Wien. Wiener med. Wochenschr. Jahrg. 63. Nr. 48. p. 3082—3083.
97. Göbell, Rudolf, Pylorusverengerung und Bildung eines Lig. suspensorium ventriculi durch freie Aponeurosentransplantation. Anscharkrankenh. u. chir. Univ.-Poliklinik, Kiel. Zentralbl. f. Chir. Jahrg. 40. Nr. 34. p. 1332—1335.
98. Goiffou, R., Le diagnostic cor prologique des ulcérations du tube digestif. (Die Diagnose der Darmgeschwüre durch Stuhluntersuchung.) Laborat. d. A. Mathieu, Saint-Antoine. Presse méd. Jahrg. 21. Nr. 20. p. 897—898.
99. *Gossmann, Josef Rudolf, Über das tuberkulöse Magengeschwür. Krankenh. München r. d. I. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 26. Heft 5. p. 771—805.
100. Goullioud, M., Résection simultané de l'estomac et du colon transverse (5 observations). Lyon chir. Vol. 9. Nr. 5. p. 473—489.
101. Gregor, Gilbert D., Perforating duodenal and gastric ulcers. New York State Journ. of med. Vol. 13. Nr. 4. p. 183—186.
102. Gröndahl, Niels Backer, Über die Gluzinskische Untersuchungsmethode und ihre Resultate bei verschiedenen Magenkrankheiten. Nordisk Tidsskrift for Terapi. Jahrg. 11. Heft 11. p. 391—403.
103. *Gruber, Georg B., Zur Frage über das Zustandekommen des peptischen Magen- und Duodenalgeschwürs. Krankenh. r. d. I., München. Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 110. Heft 5/6. p. 481—500.
104. Gruber, G. B., Knochenbildung in einem Magenkarzinom. Städt. Krankenh.. München r. d. Isar. Zieglers Beitr. z. pathol. Anat. u. z. allg. Pathol. Bd. 55. p. 368—370.
105. *Günzburg, A., Der Magensaftfluss und verwandte Sekretionsstörungen. Samml. zwangl. Abhandl. a. d. Geb. d. Verd.- u. Stoffw.-Krankh. Bd. 4. Heft 7. p. 5—69.
106. *Gundermann, W., Über experimentelle Erzeugung von Magen- und Darmgeschwüren. Chir. Klinik. Giessen. Arch. f. klin. Chir. Bd. 101. Heft 2. p. 546—559.
107. *Haberer, H. v., Der arteriomesenteriale Duodenalverschluss. Ergebn. d. Chir. u. Orthop. Bd. 5. p. 467—487.
108. Hacker, v., Operative Verengerung der Magenfistel mittels freier Faszienplastik. Zentralbl. f. Chir. Jahrg. 40. Nr. 22. p. 859—860.

109. Haenel, Über das Ulcus duodeni. Freie Vereinig. d. Chir. d. Kgr. Sachsen, 1. Tag., Leipzig, 26. X. 1912. Zentralbl. f. Chir. Jahrg. 40. Nr. 23. p. 912—913.
110. Hartmann, Henri, Adénomes végétants de la partie supérieure de l'intestin grêle simulant la sténose pylorique. Presse méd. Tome 21. p. 241.
111. Harvie, J. B., Complications of duodenal ulcer. New York State Journ. of med. Vol. 13. Nr. 10. p. 519—523.
112. *Hausmann, Th., Die ätiologische Rolle der Syphilis in manchen Fällen von Ulcus callosum penetrans und bei einigen Tumoren. Arch. f. klin. Chir. Bd. 101. Heft 1. p. 230—283.
113. *Hayem et Lion, Maladies de l'estomac. Paris: J. B. Bailière et fils. 600 S.
114. Head, Geo. Douglas, The etiological relationship between ulcer and cancer of the stomach. Journ.-lancet. Vol. 33. Nr. 11. p. 301—307.
115. Hedlund, E., Resektion oder einfache Gastroenterostomie bei Magengeschwür. Kongressverhandl. d. „Nordisk chirurgisk Forening" Kopenhagen.
116. Hempelmann, L. H., Duodenal ulcer, with illustrative cases. Interstate med. Journ. Vol. 20. Nr. 8. p. 726—732.
117. Henle, A., Erfahrungen bei chirurgischer Behandlung gutartiger Affektionen des Magens und Duodenums. Abt. f. Chir., Sitz 2. Verhandl. d. Ges. deutsch. Naturf. u. Ärzte, 84. Vers. Münster i. W., 15.—21. Sept. 1912. T. Bd. 2. Hälfte s. p. 144—149.
118. Henschen, Folke und Hilding Bergstrand, Studien über die Melanose der Darmschleimhaut. Karolin.-Inst. Stockholm. Zieglers Beitr. z. pathol. Anat. u. z. allg. Pathol. Bd. 56. Heft 1. p. 103—174.
119. Hercher, Verschluss und Suspension des Pylorus nach Gastroenterostomie mittels des Lig. teres hepatis. St. Vinzenz-Hosp., Ahlen. Zentralbl. f. Chir. Jahrg. 40. Nr. 44. p. 1707—1708.
120. Hertz, Arthur F., The cause and treatment of certain unfavorable after effects of gastro-enterostomy. Ann. of surg. Vol. 58. Nr. 4. p. 466—472 und Proceed. of the roy. soc. of med. Vol. 5. Nr. 5. Surg. sect. p. 155—160.
121. Hertle, J., Zur Frage der Magenklemmen. Zentralbl. f. Chir. Jahrg. 40. Nr. 33. p. 1292—1293.
122. Hess, Alfred F., Untersuchungen über Pylorospasmus und Pankreasfermente beim Säugling vermittelst eines einfachen Duodenalkatheters. Dep. of health, New York City. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 412—415.
123. *Hess, R., Zur Behandlung der Pylorusstenose des Säuglings. Univ.-Kinderklinik, Strassburg. Zeitschr. f. Kinderheilk. Orig.-Bd. 9. Heft 1. p. 19—26.
124. Hewitt, J. H., Duodenal ulcers. Pathol. laborat., Baylor univ.) Texas State Journ. of med. Vol. 9. Nr. 5. p. 156—159.
125. Heyrovsky, Hans, Histologische Untersuchungen der Magenschleimhaut bei Ulcus ventriculi und Karzinom. II. chir. Univ.-Klinik. Wien. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 122. Heft 5/6. p. 359—392.
126. Hiltmann, Eduard, Duodenalgeschwüre und Trauma. Städt. Krankenh. Moabit, Berlin. Ärztl. Sachverst.-Zeitg. Bd. 19. p. 140—142. (Literatur.)
127. Hoffmann, Adolf, Zur Technik der Pylorusausschaltung. Chir. Univ.-Klinik, Greifswald. Zentralbl. f. Chir. Jahrg. 40. Nr. 34. p. 1331—1332.
128. *Hofmann, Arthur, Über Pyloropexie. Zentralbl. f. Chir. Jahrg. 40. Nr. 30. p. 1169 bis 1170.
129. Hohlbaum, Ergebnisse der Salomonschen und der Gluzinskischen Probe in einer Anzahl von Magen-Duodenalfällen. Freie Vereinig. d. Chir. d. Kgr. Sachsen, 2. Tag., Krankenh. Friedrichstadt-Dresden 3. Mai. Zentralbl. f. Chir. Jahrg. 40. Nr. 35. p. 1378—1379.
130. *Holt, L. Emmett, Duodenal ulcers in infancy. Amer. Journ. of dis. of childr. Vol. 6. Nr. 6. p. 381—393.
131. Holzknecht, G., und A. Luger, Zur Pathologie und Diagnostik des Gastrospasmus. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 26. Heft 4. p. 669—694.
132. Horder, Thomas J., A lecture on some points in the early diagnosis of cancer of the stomach. Brit. med. Journ. Nr. 2733. p. 1041—1043.
133. Houghton, J. W. H., Four cases of perforated duodenal ulcer. Journ. of the roy. army. med. corps. Bd. 20. p. 196—197.
134. Hustin, A., A propos des perforations couvertes de l'estomac. Journ. méd. de Bruxelles. Jahrg. 18. Nr. 27. p. 261—263.

135. Inigo, M., Fremdkörper im Duodenum. (Klinische Mitteilung.) La clinica moderna. Jahrg. 12. p. 269—272. (Spanisch.)
136. Jacobson, Nathan, Perforated duodenal ulcer. New York State Journ. of med. Vol. 13. Nr. 4. p. 179—183.
137. Sankowski, J., Beitrag zur operativen Behandlung der Peforationsperitonitis beim Ulcus ventriculi et duodeni. I. Stadtkrankenh., Riga. Arch. f. klin. Chir. Bd. 103. Heft 1. p. 140—154.
138. Jaisson, La perforation dans le cancer de l'estomac. Arch. d. mal. de l'app. dig. et de la nutr. Jahrg. 7. Nr. 7. p. 384—408 und Rev. franc. de méd. et de chir. Tome 10. p. 40.
139. Janeway, Henry H., Eine neue Gastrostomiemethode. Abt. f. exp. Chir., Univ., New York, Bellevue hosp. med. coll. Münch. med. Wochenschr. Jahrg. 60. Nr. 31. p. 1705—1707.
140. Jonas, Siegfried, Über das Verhalten verschiedenartiger Strikturen im Magen und Duodenum bei Milchdiät und ein Verfahren zur Diagnostik spastisch-ulzeröser Strikturen daselbst. Wien. klin. Wochenschr. Bd. 26. p. 401—406.
141. Jordan, Alfred C., Gastric ulcer. Proceed. of the roy. soc. of med. Vol. 6. Nr. 7. Electro-therapeut. sect. p. 117—138.
142. Joseph, Zur Technik der Gastroenterostomie. Berliner Ges. f. Chir., Sitz. v. 10. u. 24. Febr. Zentralbl. f. Chir. Bd. 40. p. 517.
143. Karplus und Ury, Ein Fall von doppelter Stenose des Magens. Allg. med. Zentral-Zeitg. Jahrg. Bd. 82. Nr. 15. p. 175—176.
144. Kast, Ludwig, The etiology of gastric ulcer. Transact. of the clin. soc. of the New York post-graduate school a. hosp., meet. of dec., 20., 1912. Post-graduate Vol. 28. p. 110—114.
145. *Katsch, Gerhardt und Eduard Borchers, Beiträge zum Studium der Darm-Bewegungen Mitteil. 1: Das experimentelle Bauchfenster Stadtkrankenh., Altona. Zeitschr. f. exp. Pathol. u. Therap. Bd. 12. p. 235—236.
146. — — Beiträge zum Studium der Darmbewegungen. Mitteil. 2: Über physikalische Beeinflussung der Darmbewegungen. Stadtkrankenh., Altona. Ebenda p. 237—252.
147. *Katsch, Gerhardt, Beiträge zum Studium der Darmbewegungen. Mitteil. 3: Pharmakologische Einflüsse auf den Darm (bei physiologischer Versuchsanordnung). Stadtkrankenh., Altona. Zeitschr. f. exp. Pathol. u. Therap. Bd. 12. p. 253—289.
148. *— Beiträge zum Studium der Darmbewegungen. Mitteil. 4: Psychische Beeinflussung der Darmmotilität. Stadtkrankenh., Altona. Ebenda Bd. 12. p. 290—294.
149. Katzenelson, I., Zur Kenntnis des Ulcus duodeni. Albu, Berlin. Diss. Berlin.
150. *Katzenstein, M., Beitrag zur Entstehung des Magengeschwürs. Teil 1. 2. Arch. f. klin. Chir. Bd. 100. p. 939—961 u. Bd. 101. p. 1—53.
151. *— Beitrag zur Entstehung und Behandlung des Magengeschwürs. Berl. Ges. f. Chir., Sitz. 20. Jan. Zentralbl. f. Chir. Bd. 40. p. 509—511.
152. Kawamura, K., Zur Frage der Verdauung lebenden Gewebes im Magen, zugleich ein Beitrag zur Pathogenese des runden Magengeschwürs. Chir. Klinik, Univ. Kyoto. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 26. Heft 3. p. 379—390.
153. Keefe, John W., Stenosis of the pylorus in infancy. Amer. Journ. of obst. Vol. 67. p. 383—394.
154. — Stenosis of the pylorus in infancy with report of cases. Transact. of the Amer. of Obstetr. and Gyn., 26. ann. meet., Providence, Rhode Island, 16.—18. Sept. Ebenda Vol. 68. p. 957—964.
155. Kelley, Thos. H., Gastropexy. Indications, contra-indications and technique. Med. council. Tome 18. Nr. 2. p. 46—48.
156. Kirmisson, E., Sur un travail de M. Poisson (de Nantes, intitulé: Note sur la coexistence de la hernie épigastrique avec l'ulcère et le cancer de l'estomac; sa fréquence et les considérations qui en découlent. Bull. de l'acad. de méd. Tome 77. p. 31—34.
157. Kleinschmidt, Überblick über das Magenmaterial der Leipziger chirurgischen Universitätsklinik in den letzten $1^1/_2$ Jahren. Freie Vereinig. d. Chir. d. Kgr. Sachsen. 2. Tag., Krankenh. Friedrichstadt-Dresden v. Mai. Zentralbl. f. Chir. Jahrg. 40. Nr. 35. p. 1377—1378.
158. Klopfer, E., Ein Fall von Ulcus pylori perforativum. Petersb. med. Wochenschr. Bd. 38. Heft 5. p. 60.
159. *König, Über das Operationsverfahren beim Ulcus ventriculi. Mittelrhein. Chir.-Vereinig., Frankfurt a. M., 15. Febr. Zentralbl. f. Chir. Jahrg. 40. Nr. 16. p. 601—602.

160. Körte, Myom des Magens. Berlin. Ges. f. Chir., Sitz. 28. Juli. Zentralbl. f. Chir. Jahrg. 40. Nr. 47. p. 1819.
161. *Kolb, Karl, Über unsere Dauerresultate bei der Pylorusumschnürung mittelst Faszie, Ligamentum teres hepatis und Netz nach Wilms als Ersatz der unilateralen Pylorusausschaltung. Chir. Klinik, Univ. Heidelberg. Münchn. med. Wochenschr. Jahrg. 60. Nr. 43. p. 2400.
162. *— Über die Ersatzmethoden der unilateralen Pylorusausschaltung: Pylorusumschnürung mittelst Faszie, Ligamentum teres hepatis und Netz nach Wilms (Methodik und Dauerresultate). Chir. Klinik, Heidelberg. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 88. Heft 1. p. 1—30.
163. Kondring, Heinrich, Primäres Kystosarkom des Magens. Prov.-Frauenklinik, Posen. Zentralbl. f. Gynäkol. Bd. 37. p. 417—419.
164. Konjetzny, Georg Ernst, Über die Beziehungen der chronischen Gastritis mit ihren Folgeerscheinungen und des chronischen Magenulkus zur Entwickelung des Magenkrebses. Chir. Klinik, Kiel. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 85. Heft 2. p. 455—519.
165. Koplik, Henry, Spasm of the pylorus and congenital pyloric stenosis. New York med. Journ. Vol. 97. p. 57—62.
166. Kossinsky, Johann, Laesiones pepticae (erosiones, ulcera et cicatrices) ventriculi et duodeni. Eine statistische Studie. Pathol. Inst., Erlangen. Diss. Erlangen. (E. Th. Jacob.)
167. Kraus, Fritz, Ein Beitrag zur Kasuistik der Ulkusperforationen in die freie Bauchhöhle. I. deutsch. med. Univ.-Klinik, Prag. Prag. med. Wochenschr. Bd. 38. p. 125 bis 127.
168. *Kreuzfuchs, Siegmund, Über das Ulcus duodeni. Med. Klinik. Bd. 9. p. 444—450.
169. Kritschewski, S. A., Zur pathologischen Anatomie und Klinik des primären Magensarkoms. Pathol. Inst., Univ. Charkoff. Charkoffski Medizinski Journ. Vol. 16. Heft 8. p. 168—193. (Russisch.)
170. Krjukow, M. M., Zur Technik der Nahtanlegung bei Gastrostomie nach Witzel. Gouvernements-Landschaftskrankenh., Kostroma. Arch. f. klin. Chir. Bd. 101. Heft 3. p. 843—844.
171. Krylow, B., Zur klinischen Bewertung der Untersuchunsgmethoden auf Trypsin. Med. Rundschau Bd. 79. p. 3—16. (Russisch.)
172. *Küttner, Hermann, Ulcus duodeni. Arch. f. klin. Chir. Bd. 101. Heft 2. p. 482 bis 498 und Chir.-Kongr.-Verhandl.
173. *Kulenkampff, D., Zur Frühdiagnose der akuten Magenperforation. Kgl. Krankenstift, Zwickau. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 3. p. 110—112.
174. Langwill, James, Carcinoma of the stomach: An analysis of 200 cases of the disease. Edinb. med. Journ. Vol. 10. p. 222—239.
175. Laroque, G. Paul, Some anatomic and physiologic principles concerning pyloric ulcer. Ann. of surg. Vol. 58. Nr. 3. p. 320—325.
176. *Latzel, Robert, Experimentelle Untersuchungen über die Ätiologie des Ulcus ventriculi und theoretische Schlussfolgerungen über die Pathogenese des Magen- und Zwölffingerdarmverschlusses. III. med. Klinik, Univ. Wien. Arch. f. Verdauungskrankh. Bd. 19. Erg.-Heft. p. 1—22.
177. Lazarus, Paul, Dauerernährung mittelst der Duodenalsonde. Berl. klin. Wochenschr. Jahrg. 50. Nr. 30. p. 1391—1393.
178. Ledderhose, G., Über Magenpolypen. Deutsche med. Wochenschr. Jahrg. 39. Nr. 48. p. 2349—2350.
179. Lefèvre, Estomac biloculaire. Gastro-entérostomie postérieure transmésocolique. Résultat fonctionnel excellent. Guérison maintenue au bout de sept mois. Soc. de méd. et de chir., Bordeaux, séance du 29. Oct. 1912. Gaz. hebdom. d. scienc. méd. dé Bordeaux. Tome 34. p. 17—19.
180. Leitner, F., Zur Frage der Frühdiagnose des Magenkarzinoms. Intern. Klinik, Univ. Kolozsvár. Wien. klin. Wochenschr. Jahrg. 26. Nr. 38. p. 1485—1491. (Nachweis von Hämolysinen im Mageninhalt ist zur Frühdiagnose des Karzinoms nicht zu verwerten.)
181. Lenormant, Ch., L'opération radicale du cancer vatérien. Presse méd. Tome 21. p. 113—115.
Leriche, René, Comment faut-il réaliser l'exclusion du pylore et du duodénum. Lyon chir. Tome 10. Nr. 1. p. 26—34.

183. Lichtendorf, Die Gastroskopie und ihre klinische Bedeutung. Russki Wratsch. Vol. 12. Nr. 32. p. 1130—1135. (Russisch.)
184. Lipowski, Die Diagnose und Behandlung des Magenkrebses vom Standpunkt des Internisten. Würzb. Abhandl. a. d. Gesamtgeb. d. prakt. Med. Bd. 13. Heft 6. p. 143 bis 177.
185. Loeper, Maurice Le régime sucré dans l'ulcère intolérant de l'estomac. Progr. méd. Jahrg. 44. Nr. 40. S. 511—514.
186. *Loeper et Schulmann, Les lésions du pneumogastrique et le syndrome de l'ulcère de la petite courbure. (Über Vagusläsionen und das Syndrom des Kleinkurvaturgeschwürs.) Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris. Jahrg. 29. Nr. 19. p. 1119 bis 1132.
187. London, E. S., J. S. Tschekunow, N. A. Dobrowolskaja, A. D. Wolkow, S. F. Kaplan, P. P. Brjuchanow, R. S. Krym, Z. O. Mitschnik, M. R. Gilles, P. T. Brjuchanow und S. F. Kaplan, Weitere Untersuchung über die Verdauung und Resorption unter normalen und pathologischen Verhältnissen. K. Inst. f. exp. Med., St. Petersburg.) Hoppe-Seylers Zeitschr. f. physiol. Chem. Bd. 87. Heft 5/6. p. 313 bis 370.
188. *Lopez, Ulcera traumatica del estomago. Cáncer pilorico. Revista ibero-americana de ciencias médicas Vol. 29. p. 151—160. (Spanisch.)
199. Luis y Yagüe, R., Das Hauptsächlichste und Wichtigste bei der Behandlung der gewöhnlichen Magenerkrankungen. Inst. Rubio, Madrid. Rev. ibero-americ. de ciencias méd. Vol. 30. p. 1—19. (Spanisch.)
200. Lyle, Henry H. M., Combined tuberculosis and carcinoma of the stomach, with a report of a. case upon which a partial gastrectomy was performed. Amer. Journ. of the med. sciences Vol. 145. Nr. 5 p. 691—697.
201. Mac Neal, W. J. and A. F. Chace, Some observations on bacteria of the duodenum. Postgraduate med. school a. hosp., New York. Proceed. of the soc. for exp. biol. a. med. New York. Vol. 10. Nr. 3. p. 91—92.
202. Maire und Clergier, Wichtigkeit der Verwachsungen in der Pathologie des Magens. 26. französischer Chirurgenkongress zu Paris, 6.—11. Oct. Gaz. des hôp. Jahrg. 86. Nr. 123. p. 1936.
203. Marfan, A. B., et A. Baudouin, Sur un cas de rétrécissement congénital du pylore, avec considérations sur l'intoxication d'origine gastrique. Nourrisson. Vol. 1. p. 8 bis 20.
203a. Martin, Frank, Gastric and duodenal ulcers, with special reference to the method of operative procedure employed. Southern med. Journ. Vol. 6. Nr. 4. p. 259—269.
204. Mathieu, A., L. Sencert, et Th. Tuffier, Traité médico-chirurgical des maladies de l'estomac et de l'oesophage. Avec la coll. de I.-Ch. Roux, I.-L. Roux-Berger et F. Moutier. Paris. Masson & Cie.
205. Matko, I., Über das Verhalten des Duodenalinhalts bei Icterus catarrhalis und Ulcus duodeni. Mitteil. d. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. Jahrg 12. Nr. 10. p. 150—152.
206. Matthews, A. C., Gastrostomy with removal of 1149 foreign bodies, recovery. California State Journ. of med. Vol. 11. p. 13—17.
207. Mayo, William J., Operative treatment of cancer of the stomach. Journ. of the Amer. med. Ass. Vol. 61. Nr. 8. p. 540—544.
208. — Palliative operations for the relief of incurable carcinoma of the stomach. St. Paul med. Journ. Vol. 15. Nr. 6. p. 269—273.
209. — Pathologic data obtained from ulcers excised from the anterior wall of the duodenum. Ann. of surg. Vol. 57. Nr. 5. p. 691—694.
210. Meinert, Ferd., Ein höchst seltener Fall von perigastrischem Hämatom nach Perforation von Magengeschwüren. Pathol. Inst., Rostock. Arch. f. Verdauungskrankh. Bd. 19. Heft 3. p. 299—322.
211. Melchior, Eduard, Zur Statistik des peptischen Duodenalgeschwürs. Chir. Klinik. Breslau. Med. Klinik. Jahrg. 9. Nr. 35. p. 1408—1411.
212. *Melchior, Lauritz, Zur Pathologie der Magentuberkulose. Städt. Krankenh., Oeresund, Kopenhagen. Beitr. z. Klinik d. Tuberkul. Bd. 26. p. 185—192.
213. Mertens, G., Ein Beitrag zur Technik des Pylorusverschlusses. Vereinskrankenh. z. rot. Kreuz, Bremen. Zentralbl. f. Chir. Jahrg. 40. Nr. 40. p. 1545—1547.
214. Meulengracht, E., Über die Gastritis polyposa. Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. u. f. klin. Med. Bd. 214. Heft 3. p. 438—450.

215. Meyer, Willy, Ein Vorschlag bezüglich der Gastrostomie und Ösophagoplastik nach Jianu-Roepke. Deutsch. Hosp., New-York. Zentralbl. f. Chir. Bd. 40. p. 267—268.
216. Mix, C. L., Duodenal block. Result of adhesions following attempted perforation of ulcer. Discussion of medical phases. Surg., clin. of John B. Murphy Vol. 2. Nr. 2. p. 205—213.
217. Molyneux, S. D, The diagnosis and treatment of gastric and duodenal ulcers. Pennsylvania med. Journ. Vol. 16. Nr. 8. p. 624—628.
218. *Momburg, Umschnürung und Verschluss des Pylorus durch Netz. Deutsche med. Wochenschr. Jahrg. 39. Nr. 23. p. 1096.
219. Morley, John, Perforating ulcers of the stomach and duodenum. Practitioner Vol. 90. Nr. 6. p. 997—1005.
220. *Moynihan, Sir Berkeley, Das Ulcus duodeni. Dresden u. Leipzig, Steinkopff. XII. 408 S.
221. Musser, John H., The early diagnosis of cancer of the stomach. Pennsylvania med. Journ. Vol. 16. Nr. 8. p. 629—635.
222. Mutschler, S., Zur Behandlung des Duodenalstumpfes bei der Resektionsmethode Billroth II. Dissertation. Berlin. (E. Ebering.)
223. *Nassetti, F., Esclusione del piloro con bandelette libere aponeurotiche e tendinee. (Ausschaltung des Pylorus durch freie Aponeurose- und Sehnen-Bändchen.) Instit. di patol. spec. chir., univ. Siena. Clin. chir. Vol. 21. Nr. 5. p. 1075—1089.
224. Neudörfer, A., Über Pylorospasmus und Ulcus ventriculi. Kais. Elisabeth-Krankenh. Hohenems. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 90. p. 760—761.
225. *Neumann, A., Weitere Erfahrungen mit der Verwendung der Netzmanschette, insbesondere bei der Behandlung des perforierten Magen- und Duodenalgeschwürs. Städt. Krankenh. am Friedrichshain, Berlin. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 554—556.
226. Oettinger, W., Ulcère du duodénum et cholélithiase. Paris méd. Nr. 27. p. 9—12.
227. *Openchowski, Th. v., Zur Diagnostik der Lokalisation des Magengeschwürs. Münchn. med. Wochenschr. Jahrg. 60. Nr. 47. p. 2606—2608.
228. Ophüls, W., The relation of gastric and duodenal ulcer to vascular lesions. Med. dep., Stanford univ. Arch. of internal med. Vol. 11. Nr. 5. p. 469—484.
229. Orth, Oskar, Partieller Volvulus des Magens. Chir. Klinik, Innsbruck. Wien. klin. Wochenschr. Bd. 26. p. 457—459.
230. Ott, Augusto, Su di una forma rara di cancro dello stomaco. Riv. crit. di clin. med. Jahrg. 14. Nr. 24. p. 375—377 u. Nr. 25. p. 385—389.
231. Pagenstecher, E., Zur Befestigung des gesunkenen Magens mittelst Ligamentplastik. Diakonissenh., Paulinenstiftg., Wiesbaden. Zentralbl. f. Chir. Jahrg. 40. Nr. 39. p. 1518.
232. — Gastropexie vermittels des Ligamentum teres. Paulinenstiftg., Wiesbaden. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 24.
233. Palmulli, Vincenzo, La patogenesi dell' ulcera gastrica. III. clin. med. univ., Napoli. Rif. med. Jahrg. 29. Nr. 46. p. 1261—1269.
234. Parlavecchio, G., Pylorusausschaltung mittelst Schnur und nicht mittelst Fadens. Zentralbl. f. Chir. Bd. 40. p. 299—301.
235. Paterson, H. J., Über die Physiologie der Gastrojejunostomie. 17. internat. med. Kongr., London, Sekt. f. Chir. 6.—12. Aug.
236. *Perforated duodenal ulcer: A collective report on a series of 200 cases of perforated duodenal ulcer treated in Edinburgh between 1896 and 1912. Compiled from data furnished by F. M. Caird, J. M. Cotterill, C. W. Cathcart, Alexis Thomson, James Hodsdon, David Wallace, H. J. Stiles, Alexander Miles, J. W. Dowden, A. A. Skot-Skirving, W. J. Stuart, J. W. Struthers, George L. Chiene, H. Wade, E. Scott Carmichael, D. P. D. Wilkie, Lewis Beesly and Cuthbert Paul. Edinb. med. Journ. Vol. 11. Nr. 5. p. 405—418.
237. Perman, E. S., Tvenne fall of gastroptos, behandlade med gastropexi. Hygiea. Bd. 75. p. 59—67.
238. Perry, P. G., Gastric and duodenal ulcer. Southern med. Journ. Vol. 6. Nr. 4. p. 249 bis 254.
239. *Pers, Alfred, Magenresektionen. Deutsche med. Wochenschr. Jahrg. 39. Nr. 24. p. 1143—1145.
240. *Perthes, G., Die Magenkolonresektion, eine typische Operation bei bestimmten Formen von Magenkarzinom. Zentralbl. f. Chir. Jahrg. 40. Nr. 28. p. 1097—1101.

241. *Petit, Charles, L'ulcère traumatique de l'estomac, considérations médicolégales. Méd. prat. Jahrg. 9. Nr. 52. p. 818—820.
242. *Petrén, K. K. Lewenhagen und J. Thorling, Über die Ergebnisse der internen Behandlung von Ulcus ventriculi (sive duodeni) mit Stauungsinsuffizienz. Med. Univ.-Klinik, Upsala u. Lund. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 26. Heft 2. p. 256 bis 289.
243. Pilcher, J. P., The diagnosis and prognosis of duodenal ulcer. Med. soc. of the State of New York, 107. ann. meet., Rochester 29. IV. bis 1. V. sect. on med. a. surg. Boston med. a. surg. Journ. Vol. 169. Nr. 6. p. 206—207 und Med. record. Vol. 84. Nr. 4. p. 156—157 und New York State Journ. of med. Vol. 13. Nr. 10. p. 518—519.
244. Pironneau, Sur la sténose hypertrophique du pylore. Clin. infant. Jahrg. 11. Nr. 14. p. 419—429.
245. Plaut, Alfred, Über Säurebefunde und Altersverhältnisse bei Ulcus ventriculi. Med. Univ.-Klinik, Freiburg i. Br. Arch. f. Verdauungskrankh. Bd. 19. Erg.-Heft p. 23—41.
246. Pletnew, D., Über die Behandlung einiger Magenerkrankungen mit Atropin. Med. Rundschau Bd. 79. p. 205—215. (Russisch.)
247. Plitek, V., Klinischer Beitrag zur Kenntnis des Ulcus duodenale. Ambulat. f. Magen-Darmkrankh., Bezirkskrankenkasse Triest. Arch. f. Verdauungskrankh. Bd. 19. Heft 2. p. 197—218 und Clin. med. ital. Jahrg. 52. Nr. 7. p. 459.
248. Pólya, Eugen, Zur Technik der Pylorusausschaltung. St. Stephanspit., Budapest. Zentralbl. f. Chir. Jahrg. 40. Nr. 34. p. 1329—1331.
249. Pólya, Jenö, Über Duodenalgeschwüre. Orvosi Hetilap. Vol. 57. Nr. 1—13. p. 1—5. 26—29, 45—49, 65—69, 86—90, 106—110, 122—124, 144—146, 161—164, 180—184. 199—202, 219—222, 238—241. (Ungarisch.)
250. Porta, Silvio, Die Pylorusausschaltung nach Biondi. Chir. Klinik, Univ. Siena. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 125. Heft 5/6. p. 511—519.
251. *Putzig, H., Ein Beitrag zur Behandlung des Pylorospasmus. (Pylorussondierung.) Kaiserin Auguste Viktoria-Haus z. Bekämpf. d. Säugl.-Sterblichk., Berlin. Therap. Monatsh. Bd. 27. p. 25—29.
252. Radlinski, Zygmunt, Bemerkungen zum „Circulus vitiosus" nach Gastroenterostomie. Przeglad lekarski. Vol. 52. p. 23—24. (Polnisch.)
253. *Rammstedt, C., Die Operation der angeborenen Pylorusstenose. Hedwigsklinik u. Säuglingsheim, Münster. Zentralbl. f. Chir. Bd. 40. p. 3—4.
254. Reed, Boardman, The diagnosis and treatment of gastric and duodenal ulcers. Internat. clinics. Vol. 3. p. 95—107.
255. Richardson, W. G., A case of acute dilatation of the stomach occurring in the course of an operation for duodenal ulcer. Brit. med. Journ. Nr. 2758. p. 1202.
256. Rivière, G., Ulcère calleux de l'estomac avec hémorragies graves. Résection annulaire des deux tiers de l'estomac et gastro-entéro-anastomose postérieure au bouton de Jaboulay en un temps. Guérison complète. Résultat datant de deux ans et quatre mois. Prov. méd. Tome 26. p. 37—39.
257. Roersch, Ch., L'ulcère du duodénum. Ann. de la soc. méd.-chir. de Liège Jahrg. 52. Heft 5. p. 169—210.
258. *Rosenberger, F., Über die Duodenalsonde und Duodenaltherapie. Klin.-therap. Wochenschr. Jahrg. 20. Nr. 36. p. 1049—1055.
259. Rosengart, Bemerkungen zum Ulcus duodeni. Ärztl. Ver., Frankfurt a. M., Sitzg. v. 23. Juni. Münchn. med. Wochenschr. Jahrg. 60. Nr. 31. p. 1737—1738.
260. *Rosenow, E. C., The production of ulcer of the stomach by injection of streptococci. Journ. of the Amer. med. Ass. Vol. 61. Nr. 22. p. 1947—1950.
261. Rossi, Baldo, La gastroenteroanastomosi e l'esclusione pilorica nella cura dell' ulcera gastrica con stenosi del piloro. Presentazione di sei operati. Osp. magg., Milano. Morgagni. Vol. 55. p. 289—301.
262. Roux, Jean-Charles, et Lutembacher, Erythrémie (maladie de Vaquez) simulant un néoplasme gastrique. Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris. Tome 29. p. 625—626.
263. Rovsing, Thorkild, Et Tilfälde af total Gastroptose med Dilatation af Spiserõret. Hospitalstidende Vol. 6. p. 1—11.
264. Le Roy des Barres, Ligature et guérison d'une plaie de la coronaire stomachique. Soc. de chir. de Paris. Prov. méd. Tome 26. p. 142.

265. Rusca, F., Beitrag zur Magendiagnostik an der Hand von 109 Fällen untersucht mit dem modifizierten Gluzinski-Verfahren. Korrespondenzbl. f. Schweiz. Ärzte Jahrg. 43. Nr. 46. p. 1498—1514.
266. Rydygier, Louis Chev. de, Sur le traitement chirurgical de l'ulcère de l'estomac. Rev. de chir. Jahrg. 33. Nr. 12. p. 890—906.
267. *Ryser, Hans, Ein Beitrag zur Diagnose des plötzlich in die freie Bauchhöhle perforierenden Magengeschwüres. Korrespondenzbl. f. Schweiz. Ärzte. Jahrg. 43. p. 961 bis 975.
268. Saltzmann, Fredrik, Studien über Magenkrebs mit besonderer Berücksichtigung der Schleimhautveränderungen und der im Tumor und an dessen Rand auftretenden Rundzelleninfiltration. Arb. a. d. pathol. Inst. d. Univ. Helsingfors; N. F. Vol. 1. Heft 3—4. p. 335—439.
269. *Sarmiento, R., Die Vena praepylorica. Rev. de la Soc. méd. argent. Tome 21. p. 208—212. (Spanisch.)
270. *Sasse, F., Ulcus callosum ventriculi totale (Schrumpfmagen). Exstirpation, nebst Bemerkungen über den dauernden Verlust des Magens sowie über die Technik der Magenresektion. St. Marienkrankenh., Frankfurt a. M. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 650—651.
271. Sauvé, Louis, Que faut-il attendre en thérapeutique de la gastro-entérostomie? Bull. gén. de therapeut. méd.; chir., obstétr. et pharmaceut. Tome 166. Nr. 2. p. 47—61 und Nr. 3. p. 95—111.
272. Scagliosi, G., Beitrag zur Ätiologie des Duodenalgeschwüres [akzessorisches Nebenpankreas, Duodenaldrüsenadenom und -adenokarzinom). Hauptkrankenh. St. Johann u. d. Stadt Turin. Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. u. f. klin. Med. Bd. 214. Heft 2. p. 220—279.
273. Schlaepfer, V., Ein Fall von akuter Magenatonie. Med. Univ.-Klinik, Basel. Korrespondenzbl. f. Schweiz. Ärzte. Jahrg. 43. Nr. 46. p. 1517—1520 und Nr. 47. p. 1521—1523.
274. *Schmieden, Ulcus duodeni. Chir.-Kongr.-Verhandl.
275. *Schmidt, Walther, Das Ulcus rotundum duodeni im ersten Lebensjahr. Pathol. Inst., Univ. Breslau. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 593—596.
276. Schnitzler, Julius, Zur Frage der gedeckten Magenperforationen. K. k. Krankenh., Wieden. Med. Klinik. Jahrg. 9. Nr. 44. p. 1803—1805.
277. Schorlemmer, R., Die Achylia gastrica in ihrer Bedeutung zur Krebsdiagnose. Dr. R. Schorlemmers Sanat. f. Magen-, Darm- u. Stoffwechselkrankh., Godesberg b. Bonn. Arch. f. Verdauungskrankh. Bd. 19. Heft 3. p. 323—343.
278. Schryver, S. B., and Charles Singer, Investigations on the gastric juice in malignant and non-malignant diseases of the stomach and duodenum. Cancer hosp. Quarterly Journ. of Med. Vol. 6. p. 309—350.
279. Schwarz, Karl, Ein Fall von Trichobezoar. Med. Klinik. Jahrg. 9. Nr. 52. p. 2148 bis 2149.
280. Scudder, Charles L., Chronic ulcer or chronic indigestion. Its successful treatment by surgical measures. A report of twenty-five cases. Publ. of Massachusetts gen. hosp. Vol. 4. Nr. 1. p. 37—50.
281. *Seidel, Über das perforierte Magengeschwür. Freie Vereinig. d. Chir. d. Kgr. Sachsen, 1. Tag., Leipzig, 26. Oct. 1912. Zentralbl. f. Chir. Jahrg. 40. Nr. 23. p. 910—911.
282. *— Zur Operation des perforierten Magen- und Duodenalgeschwürs. Friedrichstädt. Krankenh. u. tierärztl. Hochsch., Dresden. Zentralbl. f. Chir. Jahrg. 40. Nr. 38. p. 1481—1486.
283. *Sherren, James, Diagnose und chirurgische Behandlung des Magen- und Duodenalgeschwürs. Nebst einem Bericht über 369 operativ behandelte Fälle. Berl. klin. Wochenschr. Jahrg. 50. Nr. 28. p. 1285—1292.
284. Simon, Ludwig, Beitrag zur Behandlung der perforierten Magen- und Duodenalulcera. Allg. Krankenh., Mannheim. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 83. p. 26—45.
285. *Simon, Sidney K., The Einhorn duodenal tube and its uses. New Orleans med. and Surg. Journ. Vol. 66. Nr. 1. p. 42—45.
286. Skeel, Roland, E., Fibroid of the stomach with perforating ulcer, transgastric resection, recovery. Amer. Journ. of Obstetr. Vol. 67. p. 35—36.
287. Sklodowski, Zur Diagnose der Duodenalblutungen. Zentralbl. f. inn. Med. Jahrg. 34. Nr. 25. p. 636—637.
288. Smithies, Frank, The significance of gastric ulcer with respect to gastric cancer. A study of five hundred and sixty-six consecutive operatively and pathologically demon-

strated cases of cancer of the stomach. Mayo clin. Journ. of the Amer. med. Ass. Vol. 61. Nr. 20. p. 1793—1799.

289. Smithies, Frank, Gastric ulcer without food retention: a clinical analysis of one hundred and forty operatively demonstrated cases. Amer. Journ. of the med. sciences. Vol. 145. p. 340—357.

290. Smoler, F., Zur Stumpfversorgung des Duodenalstumpfes bei der Magenresektion nach Billroth II. Mähr. Landeskrankenanst., Olmütz. Zentralbl. f. Chir. Jahrg. 40. Nr. 50. p. 1921—1922.

291. *Sommerfeld, A., Beitrag zur Differentialdiagnose des Ulcus ventriculi und des Ulcus duodeni. Deutsch. Alexander-Hosp. f. Männer, St. Petersburg. Arch. f. Verdauungskrankh. Bd. 19. p. 1—42.

292. Soper, Horace W., Chronic stenosing gastritis. Journ. of the Amer. med. Ass. Vol. 61. Nr. 23. p. 2060—2062.

293. *Steinharter, Edgar C., A preliminary note on the experimental production of gastric ulcers by the intravenous injection of colon bacilli. Cincinnati gen. hosp. Boston med. and Surg. Journ. Vol. 169. Nr. 3. p. 81—82.

294. *Steinthal, Über postnarkotische Magenlähmung. Mittelrhein. Chir.-Vereinig., Frankfurt a. M., 15. Febr. Zentralbl. f. Chir. Jahrg. 40. Nr. 16. p. 600.

295. Stierlin, R., Ein Fall von akuter Magendilatation. Korrespondenzbl. f. Schweiz. Ärzte. Jahrg. 43. Nr. 35. p. 1089—1093.

296. Stockton, Charles G., The medical treatment of duodenal ulcer. New York State Journ. of med. Vol. 13. Nr. 10. p. 523—527.

297. *Stoerk, Erich, Ulcus rotundum ventriculi und Lymphatismus. III. med. Klinik, Wien. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 496—499.

298. Storey, L., A case of hair cast of the stomach; gastrotomy; recovery. Lancet. Vol. 184. p. 240—241.

299. *Strauss, Das Duodenalulkus in der Armee. Kaiser Wilhelms-Akad. Deutsche militärärztl. Zeitschr. Jahrg. 42. Heft 21. p. 801—808.

300. *Strauss, H., Diagnostik und innere Therapie des Duodenalgeschwürs. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Bd. 10. p. 97—103.

301. Tanton, J., et Grenier, Ulcère de l'estomac; perforation de la rate, du diaphragme et du poumon par propagation. Hématémèses répétées; transfusion sanguine. Mort. Progrès méd. Tome 41. p. 154—156.

302. Thomson, Alexis, and James M. Graham, Fibromatosis of the stomach and its relationships to ulcer and to cancer. Edinb. med. Journ. Vol. 11. Nr. 1. p. 7—20.

303. Thompson, James E., Remarks on fatal hemorrhage from erosion of the gastroduodenal artery by duodenal ulcers. Ann. of Surg. Vol. 57. Nr. 5. p. 695—702.

304. *Thompson, Theodore, Tuberculosis of the stomach and intestines. Practitioner Vol. 90. Nr. 1. p. 228—233.

305. Thorning, W. Burton, Diagnosis of duodenal ulcer. Texas State Journ. of Med. Vol. 8. Nr. 11. p. 292—294.

306. Truesdale, Philemon E., Cancer of the stomach. Boston Med. and Surg. Journ. Vol. 169. Nr. 2. p. 44—46.

307. Tuffier, Th., et J. L. Roux-Berger, L'estomac biloculaïre. Presse méd. Jahrg. 21. Nr. 37. p. 369—372.

308. Tylecote, Frank E., Diphtheria of the stomach, with a note on diphtherial onychia. Brit. Journ. of childr. dis. Vol. 10. Nr. 113. p. 211—216.

309. — A note on perforation of gastric ulcers into the heart itself, with report and photograph of a case. Lancet. Vol. 2. Nr. 23. p. 1613—1614.

310. Uffreduzzi, O., u. G. Giordana, Abänderung an der Rouxschen Gastro-Jejuno-Ösophagostomie. Chir. Univ.-Klinik, Turin. Zentralbl. f. Chir. Bd. 40. p. 225—226 und Arch. gén. de chir. Tome 7. p. 287—291.

311. *Unger, E., Über totale Entfernung des Magens. Berliner Ges. f. Chir., Sitz. v. 10. u. 24. Febr. Zentralbl. f. Chir. Bd. 14. p. 515 und Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 500—502.

312. Vanlair, C., Rachitisme et gastrectasie. Scalpel et Liège méd. Tome 65. p. 513 bis 519.

313. *van den Velden, Pharmakotherapeutisches zur Behandlung des Magen-Duodenalgeschwürs. Chir.-Kongr.-Verhandl.

314. *Wagner, Arthur, Über das akut in die freie Bauchhöhle perforierende Magengeschwür. Allg. Krankenh., Lübeck. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 120. p. 438—456.

315. Walch, M., L'ulcère simple du duodénum. Symptomatologie et diagnostic. Rev. internat. de méd. et de chir. Jahrg. 24. Nr. 4. p. 50—55.
316. Weber, Wilhelm, Über einen weiteren Fall von Atresie des Duodenums. Städt. Säuglingsheim, Dresden. Med. Klinik. Bd. 9. p. 411—413.
317. *Weil, S., Beitrag zur Statistik der Magenresektion. (Auf Grund von 157 in den letzten $5^1/_2$ Jahren ausgeführten Resektionen.) Chir. Univ.-Klinik, Breslau. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 390—392.
318. *Westphal, Karl und Gerhardt Katsch, Das neurotische Ulcus duodeni. Stadtkrankenh., Altona. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 26. Heft 3. p. 391—431.
319. *Wetterstrand, G. A., Zur Klinik der Therapie des perforierten Magen- und Duodenalgeschwürs. Chir. Univ.-Klinik, Helsingfors. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 121. p. 393—424.
320. Whipple, G. H., H. B. Stone and B. M. Bernheim, Intestinal obstruction. 1. A study of a toxic substance produced in closed duodenal loops. 2. A study of a toxic substance produced by the mucosa of closed duodenal loops. Hunter. laborat. of exp. pathol., Johns Hopkins med. School, Baltimore. Journ. of exp. Mod. Vol. 17. p. 286.
322. Williams, Espy M., A suggestion tending to simplify and make more accurate the closure of the posterior edges of the wound margin after excision of saddle ulcer of the stomach. Surg., Gynecol. and Obstetr. Vol. 16. p. 205—206.
323. Wise, Walter D., Acute perforating gastric and duodenal ulcer. A report of nine cases. Surg., Gynecol. and Obstetr. Vol. 17. Nr. 3. p. 377—380.
324. *Witzel, O., Das Ulcus duodeni chronicum und seine Behandlung. Münchn. med. Wochenschr. Jahrg. 60. Nr. 16. p. 875—878.
325. Wolff, Sechsmalige Gastrostomie an demselben Magen. Gastroskopischer Nachweis einer Zahnbürste. Zentralbl. f. Chir. Bd. 40. p. 383—386.
326. Wunderlich, Gottfried, Zur Kasuistik des primären Magensarkoms. Paul Gerhardt-Stift, Berlin: De Ruyter. Dissertation. Berlin. (E. Ebering.)
327. Zaaijer, J. H., Erfolgreiche transpleurale Resektion eines Kardiakarzinoms. Chir. Klinik, Leiden. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 83. p. 419—430.
328. *Zesas, Denis G., Die Tuberkulose des Magens. Zentralbl. f. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 16. p. 448—508.
329. Znojemsky, J., Beitrag zur funktionellen Diagnostik der Magenkrankheiten mittelst der Methode nach Sahli. Böhm. chir. Klinik, Prof. Dr. O. Kukula, Prag. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 122. Heft 5/6. p. 393—463.
330. Zwar, B. T., The surgical treatment of perforated gastric and duodenal ulcers. Austral. med. Journ. Vol. 2. Nr. 100. p. 1081—1084.
331. Zweig, Walter, Die Misserfolge der Gastroenteroanastomie bei Pylorusstenose infolge spastischen Verschlusses der Magenfistel. Kaiser Franz Josef-Ambulat., Wien. 85. Vers. deutsch. Naturforsch. u. Ärzte, Wien. Arch. f. Verdauungskrankh. Bd. 19. Heft 6. p. 740—750.
332. Zypkin, S. M., Ein Fall von Aneurysma der Bauchaorta mit Perforation in den Magen durch das Ulcus rotundum. Marien-Krankenh., Moskau. Deutsche med. Wochenschr. Jahrg. 39. Nr. 24. p. 1145—1147.

An monographischen Bearbeitungen liegt das Werk „Magenkrankheiten" von Hayem und Lion (115) vor.

Katsch und Borchers (146) haben bei Tieren zur Beobachtung der Bewegungen des Magendarms unter möglichst physiologischen Verhältnissen Bauchfenster aus dünnem Zelluloid eingefügt. Sie halten ihr Verfahren zum Teil auch der Röntgenmethode für überlegen. Sie stellen am Dünndarm für gewöhnlich nur Pendelbewegungen fest. Peristaltische Wellen werden nur selten beobachtet. Nach grossen Mahlzeiten war die Dünndarmtätigkeit ausgesprochen periodisch. Durch Unlustgefühle und Schmerz wurde die Darmtätigkeit ausgesprochen gehemmt, durch Lustaffekte, z. B. Hinhalten von Nahrung mächtig angeregt. Der Einfluss von Kälte, Wärme, Elektrizität und pharmakologischen Mitteln wurde festgestellt. Carnot (44) untersuchte die Magen- und Duodenal-Bewegungen an frisch ausgeschnittenen Organen im körperwarmen Wasserbad, indem er sie von defibriniertem Blut, Serum oder Aszitesflüssigkeit durchströmen liess. Er fand am Magen zwei Kontraktionszonen, eine mesogastrische und eine präantrale, ferner zum Pylorus gerichtete, peristaltische Wellen. Diesen entgegen gehen vom Bulbus duodenalis antiperistaltische Wellen aus und Kontraktionen, die verhindern, dass der Magen sich zu schnell entleert.

Im Mittelpunkt des chirurgischen Interesses steht das **Magen-** und besonders das **Duodenalgeschwür,** über die eine gewaltige Anzahl von Arbeiten vorliegen.

Einen kurzen Überblick über Ätiologie, Klinik, Therapie und Komplikationen des runden Magengeschwürs gibt Crämer (55). Beim Ulcus ventriculi simplex kommt ein chirurgischer Eingriff erst nach dem Versagen innerer Massnahmen in Betracht. Die einfache Gastroenterostomie hat eine Mortalität von 10%. Vollkommene Heilung erreicht sie in kaum mehr als 50%. Das Ulcus callosum gehört dem Chirurgen. Die operativen Erfolge bei profusen Blutungen sind nicht ermutigend. Die chirurgisch erzielten Erfolge sind von der Nachbehandlung der Operierten abhängig. Über das chronische juxtapylorische Magengeschwür berichtet Faber (79).

Über das **Duodenalgeschwür** liegt die ausführliche Monographie Moynihans (220) vor, deren deutsche Ausgabe Kreuzfuchs besorgt hat. Eine vorzügliche Übersicht auf Grund reichen eigenen und Umfragematerials gibt Küttner (172), ferner gedrängte Übersichten Dünkeloh (71), Brüning (34), Ewald (78), der von der inneren Behandlung in 50% der Fälle Erfolg sah und Kreuzfuchs (168), der für die Sicherheit der Diagnose auf Grund der Trias, Anamnese, Hyperazidität, typischer Röntgenbefund eintritt. Das typischte Zeichen ist die Periodizität der Schmerzanfälle, die Attacken, nächstdem der Nachtschmerz. Der Spätschmerz ist durch einen spät einsetzenden Pylorospasmus, nicht durch einen späteren Beginn der Magenentleerung bedingt.

Die **Ätiologie** des Magen- und Duodenalgeschwürs ist nach Gruber (103) vielgestaltig. Die Entstehung des Ulkus auf embolischem Wege bei endokarditischen und atheromatösen Prozessen ist in vielen Fällen besonders bei alten Leuten sehr wahrscheinlich. Fraglos können im Anschluss an Traumen peptische Geschwüre entstehen. Es handelt sich dabei wohl meist um Embolie in den Endschlingen eines Magenwandgefässes. Die Theorie von der Natur der peptischen Geschwüre als zweite Krankheit, die als Ausdruck einer vagotonischen Reflextätigkeit durch Erkrankungen entfernter Körperorgane vor allem des Bauchfells und des Wurmfortsatzes entstanden sein soll, bedarf noch des bündigen Beweises. Aus den zahlreichen Arbeiten zur Ätiologie seien im übrigen genannt Katzenstein (150 u. 151), Folge einer zirkumskripten Schleimhautschädigung bei Störung des normalen Verhältnisses zwischen Pepsin des Magensaftes und Antipepsin der Magenwand, ähnlich Best (21) auf Grund von Experimenten, Hiltmann (126) Trauma, Lopez (188) Trauma, Petit (241) Trauma, Gundermann (106) Dysfunktion der Leber, Stoerk (297) Lymphatismus, Hausmann (12) Syphilis, Loeper und Schulmann (186) Vagusläsionen, Steinharter (293) Injektion von Kolibazillen, Rosenow (260) Injektion von Streptokokken, v. Bergmann (18 u. 19) Koinzidenz von Symptomen, die zum vegetativen Nervensystem Beziehung haben und von Ulcus duodeni, Dauwe (60) Erblichkeit, Latzel (176) u. a. m.

Über die Ätiologie des Duodenalulkus teilt Schmieden (275) bemerkenswerte, auf dem Röntgenwege gewonnene Erkenntnisse mit, die darin gipfeln, dass durch Knickung im Gebiet der Pars superior duodeni saurer Inhalt im oberen Teil des Duodenums, dem Lieblingssitz der Geschwüre, zurückgehalten wird und neutralisierende alkalische Darmsäfte nicht eintreten können.

Die von Mayo als Grenze zwischen dem Magen- und Duodenalgeschwür angegebene Vena praepylorica hat nach Sarmiento (269) keine grosse Bedeutung. Sie ist nicht stets nachweisbar; ihre Lage entspricht nicht immer dem Pylorus-Ringmuskel.

Die Diagnose des Magengeschwürs bewegt sich in festen anerkannten Bahnen. Opechowski (227) erinnert daran, bei den chemischen Untersuchungsverfahren die physikalischen Methoden nicht zu vergessen, besonders die Schmerzpunkte an der Wirbelsäule zu beachten. Sommerfeld (291) setllt die Zeichen des Magengeschwürs denen des Darmgeschwürs gegenüber.

Bier (23 u. 24) bringt näheres über die Diagnose des Ulcus duodeni. Männer wiegen unter den Erkrankten bedeutend vor (auf 52 Männer 14 Frauen), Geschwüre des Magens kamen häufiger zur Beobachtung, als Duodenalgeschwüre. Die charakteristische Anamnese ist das wichtigste Zeichen zur Krankheitserkennung: Jahrelange bis Jahrzehntelange Dauer des Leidens, beginnend mit Unbehagen, Aufgeblähtsein und Aufstossen etwa zwei Stunden nach dem Essen oder später auftretend. In der Folgezeit oft nach Zeiten des Wohlbehagens, besonders im Winter sich wiederholende Krankheitsattacken: zwei bis vier Stunden nach der Mahlzeit Schmerzen im Epigastrium mit Hungergefühl (Auftreten oft 2 Uhr nachts), verschwindend nach der Nahrungsaufnahme. Die Anamnese allein kann zur Diagnose genügen, doch müssen die Zeichen vollzählig vorhanden sein. Hungerschmerz allein ist kein genügendes Zeichen für das Ulcus duodeni. Es kommen aber auch Geschwüre am Zwölffingerdarm vor, ohne die erwähnte Anamnese. Sie fanden sich ausgeprägt nur in

20 von 43 Fällen. Ein Tumor ist selten zu ertasten, ebenfalls ist Spannung des rechten M. rectus selten, etwas häufiger ein Druckschmerzpunkt rechts von der Mittellinie. Das **Röntgenbild ist zwar für die Diagnose bei zweifelhaften Magenerkrankungen das sicherste Mittel, leistet aber nicht annähernd dasselbe beim Ulcus duodeni.** Die röntgenologischen Zeichen (1) vermehrte und kräftigere Magenperistaltik mit häufiger Öffnung des Duodenum und rascher Entleerung des Magens, 2. bleibender Wismutfleck im Duodenum, 3. bei Ulcus penetrans kleiner Füllungsherd mit geradem Spiegel und genau darauf passender Luftblase, 4. konstanter Duodenalschatten, 5. Rechtsverziehung des Magens, 6. Ptose, 7. spastischer Sanduhrmagen, 8. trichterförmige Stenose des Duodenums) sind inkonstant und nicht charakteristisch. Die **okkulte Blutung** ist neben der Vorgeschichte das wichtigste diagnostische Zeichen und ausserordentlich häufig, nicht selten auch Blutbrechen und Blutstuhl. Die Magensaftuntersuchung hat nur geringen diagnostischen Wert.

Allard (1) weist die okkulte Blutung mittelst des Ölprobefrühstücks nach, nach dessen Eingabe Duodenalinhalt (Pankreassaft) in den Magen zurückströmt und für die Diagnose des Magengeschwürs verwertet werden kann.

Zur inneren **Behandlung** des chronischen Magengeschwürs empfehlen Petrén, Lewenhagen und Thorling (242) 1. systematische Ulkuskur, 2. Magenspülungen, 3. Ölkur, 4. Fibrolysineinspritzungen. Katzenstein (151) behandelt seiner Entstehungstheorie gemäss (siehe oben) zwecks Inaktivierung des Magensaftes mit Belladonna, Alkalien, sowie Diät, ferner zur Stärkung des Schutzes der Magenwand mit kräftigenden Mitteln und Antipepsin. Faulhaber (81) ist in Anbetracht seiner internen Misserfolge beim chronischen Magengeschwür operationslustig. Über die Art des Eingriffs beim Magengeschwür sind seit den klärenden Arbeiten der letzten Jahre (siehe besonders diesen Bericht über das Jahr 1910 S. 54) wesentliche Fortschritte nicht erfolgt. König (159) hält bei kallösem Magengeschwür, wenn es zu einer Stenose der Magenlichtung gekommen ist, die hintere Gastroenterostomie für angebracht; liegt jedoch keine Verengerung des Magenlumens vor, so soll nach Möglichkeit die Querresektion ausgeführt werden. Nach Brenner (33) gibt auch beim pylorusfernen Geschwür die Gastroenterostomie gute und dauernde Resultate (90% Heilungen).

Im Gegensatz zur Auffassung der Chirurgen heilt nach Strauss (300) das Duodenalgeschwür leichter ab als das Magengeschwür; wenigstens das Ulcus leve oder superficiale, dem er das prognostisch ungünstigere Ulcus grave oder profundum der Chirurgen gegenüberstellt. Der Behandlung der Chirurgen fallen anheim 1. sicher diagnostizierte Fälle, die einer sachgemässen inneren Behandlung getrotzt haben, 2. unsichere Fälle mit hartnäckigen der Behandlung unzugänglichen Beschwerden, 3. Perforation. Die Indikation wird also ähnlich dem Magengeschwür, nur etwas operationslustiger, gestellt. Die sachgemässe interne Behandlung greift zunächst die Hyperchlorhydrie an und geht vor ähnlich wie beim Magengeschwür. Ruhe des Magens, fettreiche schlackenarme Diät, Alkalien, Atropin, prolongierte Kuren! Auch Westphal (318) will den Chirurgen erst nach konsequent durchgeführter innerer Behandlung heranziehen. Für Witzel (324) ist die festgestellte Hämorrhagie aus einem Ulcus duodeni eine strikte Indikation zum chirurgischen Eingriff, der in Ausschaltung des Pylorus und des oberen Duodenalabschnitts und Gastroenterostomie besteht. Sherren (283) verzichtet auf die Pylorusausschaltung.

Pylorusausschaltung wird von Brüning (34) dadurch erzielt, dass er in der Gegend des Pylorus ringförmig die Serosa und Muskularis des Magens bis auf die Schleimhaut durchtrennt, diese durch einen Faden oder Faszienstreifen zuschnürt und darüber die Seromuskularis des Darmes vernäht. Momburg (218) und vor ihm Kolb (161 u. 162) umzogen den durch einen Seidenfaden abgeschnürten Pförtner mit Netz. Nach Nasetti (223) eignet sich das Netz nicht zur Ausschaltung des Pylorus, weil es zu wenig stark ist. Auch nach Umschnürung durch freie Aponeurosen- oder Sehnenstreifen ergibt sich keine völlige Ausschaltung, vielmehr wird der Durchtritt der Speisen nicht völlig aufgehoben, doch genügt sie, um die Heilung der Magen- und Duodenalgeschwüre weitgehend zu begünstigen. Hofmann (128) näht den Faszienstreifen so hoch wie möglich an die Bauchfaszie an, um dadurch 1. die Hubhöhe für den Mageninhalt zu steigern beim Versuch den Pförtner zu passieren, 2. dem Zuge der anastomosierenden Dünndarmschlinge entgegenzuwirken, 3. bei bestehender Gastroptose den ganzen Magen zu heben. Im übrigen liegt über die Pylorusausschaltung eine reiche Literatur vor, die sich bei Kolb (161 u. 162) zusammengestellt findet. Kolb **hält die Faszienumschnürung für das sicherste Verfahren, bei welchem Misserfolge nur durch technische Fehler bedingt sein können.** Als Ersatzmethode kommt in erster Linie die Netzumschnürung in Betracht.

Holt (130) und Gallas (94) bringen Mitteilungen über das Ulcus duodeni beim Säugling, das nach Schmidt (274) im ersten Lebensjahr häufiger ist als später. Strauss (299) teilt einige Fälle von Duodenalgeschwüren in der Armee mit.

Zur **Frühdiagnose** der akuten **Magenperforation** empfiehlt Kulenkampff (173) die Prüfung der Druckempfindlichkeit der Douglasschen Falte. Sie kann schon vorhanden sein bei erhaltener Leberdämpfung und fehlender Flankendämpfung. Ryser (267) stellt die diagnostischen Zeichen für die Perforation zusammen. Er unterscheidet scharf die von der Ruptur und von der sekundären Bauchfellentzündung herrührenden Erscheinungen. Bei der **Behandlung** des perforierten Magengeschwürs genügt meist die einfache Übernähung ohne Gastroenterostomie [Seidel (281 u. 282), Wagner (314)]. Seidel (282) gibt ein Nahtverfahren an, bei dem das Durchschneiden der Nähte in den kallösen Geweben mit Sicherheit verhütet wird. Die Verschlechterung der Prognose mit Zunahme des Intervalls seit der Perforation wird allseitig betont [Wetterstrand (319) u. a.]. Corner (52 u. 53) hält die Einteilung in Magen- und Duodenalgeschwüre nicht für praktisch, sondern schlägt mit Rücksicht auf die Behandlung Teilung in eigentliche Magengeschwüre und in Pylorusgeschwüre vor. Bei Magengeschwüren ist die Gastroenterostomie überflüssig, bei Pylorusgeschwüren ist die Gastroenterostomie zu empfehlen; doch ist es besser, sie nicht bei der möglichst schnell auszuführenden Naht der Perforation vorzunehmen, sondern erst nach einigen Monaten anzuschliessen. Die Pylorusausschaltung soll man zufügen. Die Netzmanschette hat Neumann (225) zur Sicherung eines Drains in das perforierte Ulkus durchaus befriedigt. Zu allen Fragen der Klinik des perforierten Duodenalgeschwürs nimmt der Sammelbericht des Edinburgh med. Journ. (236) Stellung.

Zur Behandlung von Blutungen aus Magendarmgeschwüren empfiehlt erneut van den Velden (313) 5 ccm einer 5—10%igen Kochsalzlösung in die Venen einzuspritzen.

Die Arbeiten über **Magenkarzinom, Sarkom** und gutartige Magengeschwülste bringen keine wesentlichen Fortschritte.

Über die **Tuberkulose** des Magens berichtet besonders Zesas (328), weiter Melchior (212), Gossmann (99), Deway (67).

Beim **Gastrospasmus** über den Holzknecht und Luger (131) ausführliche Untersuchungen bringen, ist im Gegensatz zur Hypertonie, bei der oft verstärkte Peristaltik vorliegt, das Fehlen der Peristaltik typisch. Der Gastrospasmus kann umschrieben sein oder auf den ganzen Magen sich ausdehnen. Die Motilität kann beschleunigt sein wahrscheinlich durch Pylorusinsuffizienz oder verlangsamt. Das Erkennen des Zustandes und seine Differenzierung ist nur radiologisch oder endoskopisch möglich.

Mitteilungen über **postoperative Magenlähmung** bringen Steinthal (294), Duncan (72), Arcangeli (6), über die **Behandlung der Magenerweiterung** Frick (91) und Borchgrevink (30).

Der **Magensaftfluss** wird monographisch von Günzburg (105) bearbeitet.

v. Haberer (107) fasst in seiner Übersichtsbearbeitung den arteriomesenterialen Duodenalverschluss als Strangulationsileus auf. Er kommt zustande dadurch, dass die Radix mesenterii nach unten gestrafft wird. Auf diese Art wird der Winkel, den die Art. mesent. superior mit der Aorta bildet, kleiner, so dass der in diesem Winkel laufende Zwölffingerdarm zusammengedrückt wird. Behandlung rechte Seitenlage; Gastroenterostomie nur, wenn alles andere versagt.

Zur **Ausschaltung des Magens** bei der Ernährung führt Einhorn (75) ein nicht zu dickes Gummirohr in den Magen ein, das dann ins Duodenum weiter wandert. Die Prüfung, ob die Sonde im Duodenum liegt, wird durch Ansaugen von Flüssigkeit aus der Sonde vorgenommen. Indikationen sind 1. Geschwüre des Magens und Duodenums, 2. Dilatation und Atonie mit und ohne Pylorospasmus, 3. nervöses Erbrechen und Schwangerschaftserbrechen, 4. gewisse Lebererkrankungen, 5. inoperable Krebse des Magens und der Kardia vor Eintritt der Stenose. Neben therapeutischen Erfolgen sah Simon (285) von der Einhornschen Sonde besonders auch diagnostische Vorteile. Rosenberger (258) bestätigt die vielversprechenden Aussichten des Einhornschen Verfahrens. Putzig (251) benutzt das Verfahren nach Hess für den Pylorospasmus der Kinder.

Über Folgeerscheinungen nach **Säureverbrennung des Magens** berichten ausführlich Delore und Arnaud (66), über eine Pylorusverengerung nach Einnahme von **Natronlauge** Cervera und Yagüe (46). Bei Säuren wird besonders der Magen angegriffen, das Duodenum bleibt wegen Pylorospasmus meist frei, auch der Ösophagus, der sehr schnell passiert wird, wird wenig in Mitleidenschaft gezogen. Dagegen wird bei Laugengenuss besonders auch der Ösophagus verätzt. Sofortiger Eingriff soll wegen des starken Schocks möglichst vermieden werden. Wenn aber infolge Spasmus der Ösophagusmuskulatur kein Erbrechen erfolgt, und das Einführen einer Magensonde zwecks Spülung nicht möglich ist, dann ist einzugreifen, und zwar bei vollständiger Verätzung aller Schichten die Magenresektion vorzunehmen. Zur Abkürzung der Operation werden die Magenstümpfe jeder für sich in die Haut eingenäht.

Das Operationsverfahren Rammstedts (253) zur Behandlung der **Pylorusstenose des Säuglings** (siehe den letzten Jahresbericht S. 235) hat sich bewährt Hess (123).

Erfolgreiche totale **Magenresektionen** werden berichtet von Sasse (270), der an seinem Fall erfährt, dass nachteilige Folgen in ernährungsphysiologischer Hinsicht damit nicht verbunden sind, ferner von Unger (311), subtotal wegen Atonie, von Fletcher (88), der erneut davor warnt, bei einfacher Magenatonie irgend eine Form der Anastomose vorzunehmen. Ausführliche Mitteilungen über **Magenresektionen** bringen besonders Weil (317) und Pers (239). Perthes (240) empfiehlt, falls bei Resektion von Magenkarzinomen Äste der A. colica media geopfert werden müssen, da es untrügliche Mittel für den Nachweis der Lebensfähigkeit des Kolon nicht gibt, gleichzeitige Resektion des Kolonabschnittes, die der Magenresektion vorausgehen soll. Mortalität nicht grösser als bei Magenresektion allein. Es lässt sich dabei ein sehr weites Gebiet der stromabführenden Lymphbahnen mit entfernen.

4. Dünndarm.

1. Bérard, L., et H. Alamartine, Accidents et technique de la jéjunostomie. Rev. de chir. Jahrg. 33. Nr. 5. p. 660—677.
2. *Brennecke, H. A., Meckel's diverticulum and complications. Surg., gynecol. and Obstetr. Vol. 16. p. 200—203.
3. *Cade, A., Ch. Roubier et J.-F. Martin, Les ulcères simples du jéjuno-iléon. Clin. du prof. Teissier. Progrès méd. Jahrg. 44. Nr. 24. p. 309—312.
4. — E. Pallasse et Gravier, Varices thrombosées de l'intestin grêle. Soc. méd. des hôp. de Lyon. séance 15. Mai. Lyon. méd. Tome 120. Nr. 17. p. 914—918.
5. *Chevrier, Un cas de perforation intestinale d'origine paratyphique. Opération. Guérison. Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris. Tome 39. p. 303—308.
6. *Cole, Clarence L., Early operation for perforation in typhoid fever. Journ. of the Amer. med. Ass. Vol. 60. p. 122—123.
7. Crowther, Carlo, Studio dei sarcomi primitivi dell' intestino tenue con contributo di tre casi originali. Clin. chir., univ., Torino. Clin. chir. Jahrg. 21. Nr. 10. p. 2107 bis 2144.
8. *Eustace, Arthur Barnett, Ileus due to Meckel's diverticulum. Ann. of Surg. Vol. 57. p. 83—85.
9. Frising, Gunnar und Einar Sjövall, Die phlegmonöse Enteritis im Duodenum und Anfangteil des Jejunums. (Chir. Klinik u. pathol.-anat. Inst., Lund.) Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 83. p. 1—25.
10. Grégoire, Raymond, Rétrécissement tuberculeux de l'intestin grêle. Paris méd. Nr. 27. p. 25—32.
11. *Grenier, Paratyphoide B avec perforation intestinale. Laborat. d'Oudjda. Progr. méd. Tome 41. p. 114—115.
12. *Haberer, H. v., Zur Radikaloperation des Ulcus pepticum jejuni postoperativum. Chir. Klinik, Innsbruck. Arch. f. klin. Chir. Bd. 101. Heft 3. p. 669—696 und Chir. Verhandl.
13. Harris, Rowland H., Fecal impaction in the ileum for fifty-three days. With recovery. Journ. of the Amer. med. Ass. Vol. 60. p. 722—727.
14. *Hässner, Hugo, Zur Pathologie des Meckelschen Divertikels. Pathol. Inst., Univ. Rostock. Frankf. Zeitschr. f. Pathol. Bd. 14. Heft 3. p. 501—516.
15. *Hübschmann, Spätperforation eines Meckelschen Divertikels nach Trauma. Pathol. Inst., Univ. Leipzig. Münchn. med. Wochenschr. Jahrg. 60. Nr. 37. p. 2051—2053.
16. Jong, R. de Josselin de, Subseröse Adenomyomatose des Dünndarms. Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. Bd. 211. p. 141—156.
17. *Lance, W., Le traitement de la perforation intestinale dans la fièvre typhoide. Gaz. des hôp. Tome 86. p. 24—27.
18. *Marquis, E., Perforation d'un ulcère peptique du jejunum six ans après une gastro-entérostomie. Guérison. Influence des diverses techniques de gastro-entérostomie sur la production de ces ulcères. Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris. Tome 39. Nr. 36. p. 1517—1537.
19. Mc Guire, Edgar R., Successful removal of over eleven feet of small intestine. Surg., Gynecol and Obstetr. Vol. 16. p. 40—42.
20. Meyer, W. R., Über einen Fall von anämischem Infarkt des Dünndarms. Pathol.-anat. Inst., Univ. Charkow. Zentralbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. Bd. 24. p. 197 bis 200.

21. *Muggia, Alberto, Ileo acuto da persistenza del diverticolo di Meckel. Osservazione clinica. Pediatria Vol. 21. p. 44—54.
22. Patek, Rudolf, Ein Fall von primärem Sarkom des Dünndarms. K. k. Krankenh., Wieden, Wien. Zentralbl. f. Gynakol. Bd. 37. p. 414—417.
23. *Pellot de Galland, Perforations intestinales multiples au cours d'une rechute tardive de fièvre typhoide. Paris méd. Nr. 20. p. 490—491.
24. Schmidt, Johannes E., Bemerkungen über Dünndarmstenose. Chir. Univ.-Klinik, Würzburg. Münchn. med. Wochenschr. Jahrg. 60. Nr. 17. p. 919—922.
25. Schopper, K. I., Über ein kleines Dünndarmkarzinom mit ausgedehnter Metastasenbildung. Verhandl. d. Deutsch. pathol. Ges. 16. Tag., Marburg, 31. März bis 2. April. p. 387—392.
26. Sorge, Ein Fall von Polyposis intestini ilei. Rotes Kreuz, Kassel. Med. Klinik. Jahrg. 9. Nr. 19. p. 749—751.
27. Sultan, C., Eine seltene Indikation zur Darmresektion. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 761—762. (Nach Tragen eines Steriletts Tumor im Uterus, der sich als eine durch ein Dekubitalgeschwür eingedrungene Dünndarmschlinge erweist, Resektion.)
28. *Wellington, J. R., Meckel's diverticulum, with report of four cases. Meckels Divertikel, mit Bericht über 4 Fälle.) Surg., Gynecol. and Obstetr. Vol. 16. p. 74—78.

Von den Erkrankungen des Dünndarms stehen die Meckelschen **Divertikel** mit den durch sie gesetzten Krankheitszuständen im Vordergrund. Hässner (14) beschäftigt sich mit dem Wesen der Divertikel und geht dann auf die Krankheiten ein, die durch sie veranlasst werden, besonders auf die verschiedenen Formen des Darmverschlusses, den persistierenden Ductus omphalomesentericus, die unter den Erscheinungen der Appendizitis verlaufende Diverticulitis und die Tumoren, von denen Hässner ein Sarkom beobachtete und mitteilt. Hübschmann (15) sah bei einem $4^1/_2$jährigen Knaben eine Spätperforation eines Divertikels nach einer stumpfen Bauchverletzung. Eingehend beschäftigt sich Wellington (28) mit den durch Meckelsche Divertikel angerichteten Untaten. Etwa $2^0/_0$ aller Menschen besitzen Divertikel, aber nur wenige von dieser Zahl erleiden dadurch ernstere Störungen; immerhin sind $6^0/_0$ aller Fälle von Darmverschluss durch Divertikel bedingt. Auch Brennecke (2), Eustace (8) und Muggia (21) teilen Komplikationen mit, ausgehend von Meckelschen Divertikeln.

Das einfache chronische Geschwür ist im Jejunum und Ileum nach Cade (3) sehr selten. Es zeichnet sich durch einen völlig latenten und heimtückischen Verlauf aus und wird häufig erst manifest durch eine Perforationsperitonitis. Ursache Trauma, Fremdkörper, Intoxikation, Infektion. Vielleicht spielen Gefäss- und Nervenstörungen eine Rolle.

Das Ulcus pepticum jejuni ist nach v. Haberer (12) nach Gastroenterostomie häufiger, als man annehmen möchte. Er unterscheidet zwischen dem Ulkus am Gastroenterostomie-Ring und dem eigentlichen Ulcus pepticum jejuni. Wenn auch der Hyperazidität des Magensaftes bei der Entstehung des Ulcus pepticum jejuni eine ausschlaggebende Bedeutung zukommt, ist über die letzte Ursache des Ulcus pepticum nichts Sicheres bekannt. Die drei Fälle v. Haberers, bei denen jedesmal eine Gastroenterostomia posterior mit kürzester Schlinge vorgenommen war, wurden mit ausgiebiger Resektion des die Gastroenterostomie tragenden Magenteiles und des Jejunum über das Ulcus pepticum hinaus, also mit einer sehr eingreifenden Operation mit Erfolg behandelt. Marquis (18) bringt eine Perforation eines Ulcus pepticum (Ringgeschwür) 6 Jahre nach einer Gastroenterostomia posterior.

Über Perforationen von Typhusgeschwüren und ihre erfolgreiche Behandlung berichten in umfassender Arbeit Lance (17), ferner Cole (6) und Pellot de Galland (23), über Perforation von Paratyphusgeschwüren Chevrier (5) und Grenier (11).

5. Dickdarm.

1. Alglave, P., Contribution à l'étude des accidents rattachés à la dilatation du caecum et à la péricolite du colon ascendant et de son angle hépatique. Presse méd. Jahrg. 21. Nr. 41. p. 405—418. (Ursache in letzter Linie ist Wanderniere.)
2. Andrée, Karl, Resektion des Ileocökalteiles wegen Invagination durch submuköses Lipom. Chir. Klinik, Marburg. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 85. Heft 1. p. 115—123.
3. *Arnaud, L., L'appendicostomie. Journ. de chir. Tome 10. p. 273—299.
4. *Baermann, G. und H., Heinemann, Die Behandlung der Amöbendysenterie mit Emetin. Zentralhosp., Petoemboekan (Sumatras Ostküste). Münchn. med. Wochenschrift Jahrg. 60. Nr. 21. p. 1132—1135 und Nr. 22. p. 1210—1213.

5. Baker, Harold W., Jackson membrane. Boston med. and surg. Journ. Vol. 168. Nr. 21. p. 766—768.
6. Baradulin, G. J., Zur Frage der Perikolitis. Moskau, Verhandl. d. XII. Kongresses rusischer Chirurgen Bd. 12. p. 145—146. (Russisch.)
7. *Bastianelli, Raffaele, Die chirurgische Behandlung der malignen Dickdarmgeschwülste (Rektum ausgenommen). 17. internat. med. Kongr., London, Sekt. f. Chir. 6.—12. Aug. und Riv. osp. Vol. 3. Nr. 20. p. 877—883.
9. Beck, Bernhard v., Spätzustände nach Dickdarmausschaltung durch Enteroanastomose zwischen Ileum und Flexura sigmoidea (Ileosigmoidostomie.) Städt. Krankenh., Karlsruhe. Bruns Beitr. zur klin. Chir. Bd. 84. Heft 2. p. 339—346 und Mittelrhein. Chir.-Vereinig., Frankfrt a. M., 15. Febr. Zentralbl. f. Chir. Jahrg. 40. Nr. 16. p. 602—603.
10. Bensaude, R., et D. Thibaut, Cancer de l'angle droit du colon, forme anémique. Radiographie à image lacunaire. Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris. Jahrg. 29. Nr. 35. p. 692—696.
11. Bien, Gertrud, Zur Entwickelungsgeschichte des menschlichen Dickdarmes. I. anat. Lehrkanzel, Wien. Anat. Hefte Bd. 1/2. p. 339—357.
12. Blackader, A. D., Mucous cyst of the caecum in a child of ten weeks, producing occlusion of the ileo-caecal valva, and simulating a case of intussusception. Resection of the gut. Death on the sixth day. Amer. pediatr. Soc., 22. ann. meet., Washington 5.—7. May. Pediatrics Vol. 25. Nr. 7. p. 452—453.
13. Borden, W. C., Complete non-descent of the colon and caecum in the adult. (Vollständiges Nichtherabsteigen des Kolon und Cökum beim Erwachsenen.) Virginia med. semi-month. Vol. 18. Nr. 1. p. 1—4.
14. Brosch, A., Zur inneren Behandlung von Dickdarmstenosen. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 26. p. 181—182. („Subaquate Innenbadbehandlung" mit Hilfe des „Enterocleaners.")
15. Brown, John Young, The value of complete physiological rest of the large bowel in the treatment of certain ulcerative and obstructive lesions of this organ. With description of operative technique und report of case. Surg., Gynecol. and Obstetr. Vol. 16. Nr. 6. p. 610—613.
16. Bundschuh, Ed., Über Volvulus des Dickdarmes. Chir. Klinik, Freiburg i. Br. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 85. Heft 1. p. 58—90.
17. *Cade, A. J.-F. Martin et P. de Mourgues, Les diverticules acquis du gros intestin et leur rôle en pathologie. Paris méd. Nr. 27. p. 32—36.
18. Cade, A., Ch. Roubier et J.-F. Martin, Les sténoses non néoplasiques du colon sigmoidien et leurs relations avec le mégacôlon. Lyon hir. Tome 10. Nr. 1. p. 1—22.
19. Caldesi, Teseo Valeri, Un caso di occlusione intestinale da megacolon con situs inversus. Osp. civ. di Noale (Venezia). Gaz. degli osp. e delle clin. Jahrg. 34. Nr. 44. p. 455—457.
20. Carnot, P., et J. Dumont, Le cancer de la valvule iléo-caecale. Paris méd. p. 187—192.
21. Carwardine, T., Perikolitis. (Adhäsive Entzündungen des Colon ascendens.) Brit. med. Journ. Vol. 2716. p. 101—104.
22. Chamayou, Tumeur bénigne di coecum. Soc. de chir. de Toulouse, séance du 6. Jan. Arch. méd. de Toulouse Tome 20. p. 13—18.
23. Cheever, David, Etiology and significance of pericolic membranes. Journ. of the Amer. med. Ass. Vol. 61. Nr. 4. p. 248—251.
24. *Collins, Arthur N., Membranous pericolitis. Journ.-lancet. Vol. 33. Nr. 12. p. 341—346.
25. Couto, Miguel, La Méralgie paresthésique de la colite mucomembraneuse. Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris. Tome 29. p. 342—353.
26. Cunning, Joseph, A lecture on carcinoma of the colon. Brit. med. Journ. Nr. 2720. p. 328—330.
27. *Delbet, Pierre, Des troubles digestifs d'origine coeco-colique et de leur traitement chirurgical. Rev. de thérap. Jahrg. 80. Nr. 10. p. 325—332.
28. Distaso, A., Über die Giftigkeit der normalen Dickdarmextrakte. (Roy. inst. of publ. health, London. Zeitschr. f. Immunitätsforsch. Orig.-Bd. 16. p. 466—475.
29. Dowd, Charles N., Resection of one-third of the colon for irreducible intussusception in an infant five days old. Ann. of Surg. Vol. 57. Nr. 5. p. 713—717.

30. Duval, Pierre, Essai sur les indications respectives de la colectomie intraabdominale, ou des colectomies extraabdominales, dans les cancers des côlons. Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris. Tome 39. Nr. 26. p. 1070—1076.
31. Duval, Paul, Symptomes et diagnostic du cancer du gros intestin (rectum excepté). (Symptome und Diagnose des Dickdarmkarzinoms [ausgenommen das Rektumkarzinom].) Gaz. des hôp. Jahrg. 86. Nr. 127. p. 1997—2003 u. Nr. 130. p. 2061—2067.
32. Eastman, Joseph Rilus, The foetal peritoneal folds of Jonnesco, Treves, and Reid, and their probable relationship to Jackson's membrane and Lane's kink. Surg., Gynecol. and Obstetr. Vol. 16. Nr. 4. p. 341—353.
33. *Eisenberg, Carl, Über die von erworbenen Divertikeln der Flexura sigmoidea ausgehenden entzündlichen Erkrankungen. Chir. Priv.-Klinik, Hofrat Dr. Krecke, München. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 83. Heft 3. p. 627—638.
34. Esmein, Rolland et Desternes, Cancer du côlon; occlusion intestinale; examen radiologique par lavement bismuthé. Bull. et mém. de la soc. de radiol. méd. de Paris. Tome 5. p. 29—33.
35. Fago, Matteo, Contributo allo studio sul megacolon congenito. Gaz. degli osp. e delle clin. Vol. 34. p. 300—306.
36. Fairise, C., et C. Jacquot, Côlite ulcéreuse due à un parasite flagellé, le „lamblia intestinalis" (Lambl) perforation puis occlusion intestinale. Mort. Etude des lésions produites par le parasite. Arch. des mal. de l'app. digest. et de la nutr. Jahrg. 7. Nr. 6. p. 301—317.
37. *Fallon, Michael F., An anatomical and surgical study of pericecal membranes. (Eine anatomische und chirurgische Studie der pericökalen Membranen.) Boston med. and surg. Journ. Vol. 169. Nr. 17. p. 600—604.
38. *Finkelstein, Zur Chirurgie des Dickdarms ausser des Rektums. Russki Wratsch. Vol. 12. p. 42—48. (Russisch.)
39. *Frank, Ludwig, Zur Diagnostik der Hirschsprungschen Krankheit. Med. Klinik, Greifswald. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 26. Heft 1. p. 39—48.
40. Friedmann, Lewis J., A brief survey of the prognosis and treatment of congenital and acquired dilatation of colon. Amer. Journ. of Surg. Vol. 27. Nr. 8. p. 291 bis 293.
41. *Friedrich, Hugo, Beitrag zur Frühdiagnose des Karzinoms des S Romanum und der Ampulla recti. Prof. Dr. Albus Poliklinik f. Magen-, Darm- u. Stoffwechselkrankh. Med. Klinik. Bd. 9. p. 210—212.
42. Furno, Alberto, Contributo alla conoscenza delle procto-sigmoiditi ulcerative croniche. R. di istit. studi Firenze rup. Riv. crit. di clin. med. Jahrg. 14. Nr. 20. p. 305—311 u. Nr. 21. p. 321—326.
43. Füth, H., Weitere Beiträge zur Verschiebung des Cökums während der Schwangerschaft. Akad., Cöln. Arch. f. Gynäkol. Bd. 101. Heft 2. p. 362—375.
44. Grégoire, R., et Pierre Duval, Deux cas de mégacôlon, traités par la colectomie. Bull. et mém. de la soc. de Chir. de Paris. Tome 39. p. 2—15.
45. Hertz, Arthur F., The ileo-coecal sphincter. Guy's hosp., London. Journ. of physiol. Vol. 47. Nr. 1/2. p. 54—56.
46. *Hintze, K., Operieren oder Nichtoperieren bei chronischer Dysenterie, Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. Bd. 17. Nr. 17. p. 581—592.
47. Hruby, Eduard, Beiderseitige anormale Fixation der Dickdarmflexur. I. intern. Univ.-Klinik, Budapest. Pest. Med.-chir. Presse. Jahrg. 49. Nr. 38. p. 309—311.
48. *Jackson, Jabez N., Membranous pericolitis and allied conditions of the ileocoecal region. Ann. of Surg. Vol. 57. Nr. 3. p. 374—401.
49. *Jackson, J.-N., Pericolite membraneuse. Arch. des malad. de l'appar. dig. Jahrg. 7. Nr. 9. p. 513—521.
50. Jankowski, J., Der Volvulus des Dickdarms. I. Stadtkrankenh., Riga. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 124. Heft 1/4. p. 229—308.
51. Kaplan, Jakow, Colitis ulcerosa, ihre Ätiologie, Diagnose und Therapie. Prager med. Wochenschr. Bd. 38. p. 127—129.
52. Kastan, Friedrich, Die radikale Behandlung der Darminvaginationen im Kindesalter unter Mitteilung zweier Fälle von Invagination des Wurmfortsatzes. Luisenheilanstalt u. Privatklinik v. Prof. G. B. Schmidt, Heidelberg. Dissertation. Heidelberg. J. Hörning.
53. *Körte, Über die chirurgische Behandlung der Kolonkarzinome. Berliner Ges. f. Chir., Sitzg. v. 26. Mai. Zentralbl. f. Chir. Jahrg. 40. Nr. 40. p. 1549—1550.

54. *Körte, W., Die chirurgische Behandlung der malignen Dickdarmgeschwülste (Rektum ausgenommen). Arch. f. klin. Chir. Bd. 102. Heft 3. p. 563—650 und 17. internat. med. Kongr., London, Sekt. f. Chir. 6.—12. Aug.
55. *Kretschmer, Julian, Colitis ulcerosa. Privatklinik, Prof. Dr. Albu, Berlin. Zentralblatt f. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 17. Nr. 1/3. p. 66—76.
56. Lapenta, Vincent Anthony, Membranous pericolitis as a clinical entity. Amer. Journ. of Surg. Vol. 17. Nr. 12. p. 460—461.
57. Lardennois et Okinczyc, La typhlosigmoidostomie e Y dans le traitement des colites rebelles et de la stase du gros intestin. Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris. Tome 39. Nr. 20. p. 858—872.
58. Lardennois, G., La stase colique par déformation des colons la typhlectasie symptomatique. Traitement chirurgical. Presse méd. Jahrg. 21. Nr. 47. p. 465—468.
59. *Law, A. A., Membranous pericolitis. Journ.-lancet. Vol. 33. Nr. 12. p. 335—341.
60. Lenormant, Ch., Les résultats du traitement chirurgical du cancer des côlons d'après quelques documents récents. Presse méd. Jahrg. 21. Nr. 97. p. 974—976.
61. *Lesk, Robert, Über seltenere Komplikationen der Amöbendysenterie. (Peritonitis e perforatione ulceris dysenterici coeci, Abscessus perityphliticus dysentericus, Parotitis, Strictura recti, Incarceratio interna.) Geneesk. Tijdschr. v. Ned. Indie. Vol. 53. Heft 5. p. 639—655.
62. Lesné, Edmond, et Lucien Dreyfus, De l'absorption au niveau du gros intestin. Clinique (Paris). Jahrg. 8. Nr. 18. p. 277—281.
63. Lintel-Höping, Josef, Über Cökumdehnung und Perforation bei tiefer Dickdarmstenose. Chir. Univ.-Klinik, Kiel. Dissertation. Kiel.
64. Litoschenko, J. M., Zur Frage des Ileus der Flexura sigmoidea. Chir. Abt. d. Alexander-Krankenh. zu Kiew. Chirurgia Vol. 33. p. 648—662. (Russisch.)
65. *Long, John Wesley, Pseudoperitoneal cauls of the colon. Internat. Journ. of Surg. Vol. 26. Nr. 9. p. 311—324.
66. Lotsch, Über die sogenannten Invaginatio ileocoecalis beim Säugling. Charité, Berlin. Berl. klin. Wochenschr. Jahrg. 50. Nr. 46. p. 2140—2143.
67. Madlener, Max, Über zweizeitige Radikaloperation der strikturierenden Karzinome des Sigmoideum. Distriktskrankenh., Kempten. Zentralbl. f. Chir. Jahrg. 40. Nr. 30. p. 1171—1173.
68. Mathieu, Albert, Cancer du colon pelvien. Gaz. des hôp. Jahrg. 86. Nr. 66. p. 1077—1080.
69. — Les phases initiales du cancer du gros intestin. Gaz. des hop. Jahrg. 86. Nr. 60. p. 981—983. und Gaz. degli osp. e delle clin. Jahrg. 34. Nr. 84. p. 874—876.
70. Mathieu, Le traitement chirurgical dans les colites graves ou rebelles et la constipation chronique. Rev. de thérap. méd.-chir. Jahrg. 80. Nr. 9. p. 289—297 und Gaz. des hôp. Jahrg. 86. Nr. 85. p. 1379—1382.
71. Mathieu, Albert, Diagnostic différentiel des colites dysentériformes et hémorragiques de l'adulte. Les modalités possibles de l'intervention chirurgicale dans leur traitement. Gaz. des hôp. Jahrg. 86. Nr. 82. p. 1325—1327.
72. Mathieu e Girault, Coliti dissenteriformi ed emorrhagiche negli adulti. Gazz. d. osp. e. d. clin. Jahrg. 34. Nr. 139. p. 1456—1458.
73. Mauclaire, A., Typhlo-sigmoidostomie et autres opérations, pour remédier à la stase coecale. Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris. Tome 39. Nr. 23. p. 952—957.
74. *— La péricolite membraneuse. Hôp. de la charité. Rev. internat. de méd. et de chir. Jahrg. 24. Nr. 2. p. 22—25.
75. — A propos du mégacolon. Mitteilung von drei einschlägigen Fällen. Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris. Tome 39. p. 108—109.
76. Mayer, Clifford, Congenital abscence of rectum and large intestine. Countess of Dufferin hosp., Baroda. Brit. med. Journ. Vol. 2723. p. 498—499.
77. *Mayo, William J., Some of the disputed problems associated with surgery of the large intestine. Amer. Journ. of the Med. scienc. Vol. 145. p. 157—161.
78. Maylard, A. Ernest, Abdominal incisions and intestinal anastomosis in the treatment of carcinoma of the colon. Glasgow med. Journ. Vol. 79. Nr. 6. p. 401—409.
79. Mc Cavin, Lawrie, Remarks on transverse colostomy as the operation of election. Brit. med. Journ. Nr. 2732. p. 980—984.
80. — Coecotomy for the removal of a hairpin impacted in the ascending colon. Lancet. Vol. 184. p. 93—94.

81. *Meyer, Oswald, Beitrag zur Entstehung und Verhütung der Hirschsprungschen Krankheit. Poliklinik f. inn. Krankh. (Prof. F. Klemperer] u. Kinderkrankenh. [Dr. Oswald Meyer], Berlin. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 416—419.
82. Michelsson, N. M., Zur Frage des Volvulus des S Romani. Städt. Bassmannon-Krankenh., Moskau. Med. Rundschau Bd, 79. p. 231—236. (Russisch.)
83. Monzardo, Gino, Sulla tubercolosi ipertrofica del ceco. Ospit. di Montagnana. Rif. med. Jahrg. 29. Nr. 21. p. 569—572 und Nr. 22. p. 596—599.
84. Morley, John, Jackson's pericolic membrane: its nature, clinical significance, and relation to abnormal mobility of the proximal colon. Lancet. Vol. 2. Nr. 24. p. 1685 bis 1690.
85. *Moynihan, Sir Berkeley, The Cavendish lecture being remarks on the surgery of the large intestine. Lancet. Vol. 185. Nr. 4688. p. 1—7 und West London med. Journ. Vol. 18. Nr. 3. p. 165—183.
86. Muralt, Eduard v., Zur Lehre der multiplen Darmkarzinome. (Carcinoma cylindrocellulare colloi des Dick- und Dünndarmes bei einem 13jöhrigen Knaben.) Pathol. anat. Inst., Univ. Basel. Arch. f. Verdauungskrankh. Bd. 19. Heft 5. p. 533—548.
87. Murphy, John B., Infectious granuloma of the caput coli. Resection of the cecum and anastomosis of the ileum to the ascending colon. (Infektiöses Surg. clin. of John B. Murphy Vol. 2. Nr. 3. p. 443—448.
88. *Murray, R. W., Diverticula of the large intestine. Liverpol med.-chir. Journ. Vol. 33. p. 136—139.
89. Navarro, Alfredo, Sur le mégacolon. Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris. Tome 39. p. 444—455.
90. *Neugebauer, Friedrich, Die Hirschsprungsche Krankheit. Ergebn. d. Chir. u. Orthop. Bd. 7. p. 598—670. (Berlin. Springer.)
91. *Opitz, Erich, Einiges über Beziehungen von Entzündungen des Dickdarms zu den weiblichen Geschlechtsteilen und zu funktionellen Neurosen. Univ.-Frauenk.inik, Giessen. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Bd. 73. Heft 2. p. 361—389.
92. Patel-Maurice, Chirurgie du colon pelvien. (Cancer excepté.) Arch. des malad. de l'app. dig. Jahrg. 7. Nr. 11. p. 629—638.
93. Pauchet, W., Résection d'un mégacôlon terminal par les voies abdominale et périnéale combinées (Sigmoide et rectum). Soc. méd. de Picardie, Janv. Nach Referat aus: Gaz. des hôp. Tome 86. p. 92.
94. Pauchet, Victor, Traitement du mégacôlon. Arch. provinc. de chir. Tome 22. p. 17—38.
95. — La fistulation coecale. (Appendicostomie et caecostomie.) Clinique (Paris). Jahrg. 8. Nr. 21. p. 322—325.
96. Piéry, M., et A. Mandoul, Contribution à l'étude de la tuberculose inflammatoire du gros intestin. Colites et péricolites tuberculeuses. (20 observations personnelles). Rev. de méd. Tome 33. p. 228—243.
97. Poucel, E., Traitement chirurgical de l'entérocolite dysentérique grave. Présentation d'un opéré. Soc. de chir., Marseille, séance 15. Avril. Arch. prov. de chir. Tome 22. Nr. 6. p. 355—356.
98. *Randall, H. E., Membranous pericolitis or Jackson's membrane. Journ. of Michigan State Med. Soc. Vol. 12. Nr. 3. p. 159—162.
99. Ransohoff, Joseph, Acute perforating sigmoiditis in children. Pediatrics Vol. 25. Nr. 11. p. 691—697.
100. Razzaboni, Giovanni, Resezione estesa del grosso intestino per tubercolosi stenosante ipertrofica. Istit. di patol. e clin. chir., univ. di Camerino. Clin. chir. Jahrg. 21. Nr. 3. p. 561—572.
101. *Reichel, P., Falsche Darmdivertikel und ihre klinische Bedeutung. Freie Vereinig. d. Chir. d. Kgr. Sachsen, 1. Tag., Leipzig 26. Okt. 1912. Zentralbl. f. Chir. Jahrg. 40. Nr. 23. p. 913—917.
102. *Riese, Über die chirurgische Behandlung der Kolonkarzinome. Berliner Ges. f. Chir., Sitz. v. 23. Juli. Zentralbl. f. Chir. Jahrg. 40. Nr. 40. p. 1550—1552.
102a. Rjesanoff, M. M., Schwartige Ablagerungen in der Gegend des proximalen Abschnittes des Dickdarms als anatomisches Gebilde - Ligamentum varioforme. Anat. Inst. d. Moskauer Hochsch. f. Frauen. Chirurgia Vol. 33. p. 126—191.
103. *Rosenheim, Th., Über Colitis chronica gravis. Deutsche med. Wochenschr. Jahrg. 39. Nr. 21. p. 989—994.

104. *Rotter, J., Zur chirurgischen Behandlung der Kolonkarzinome. St. Hedwig-Krankenh., Berlin. Arch. f. klin. Chir. Bd. 102. Heft 3. p. 651—683.
105. Rovsing, Thorkild, Über einen Fall von Ileus durch Retroposition des Dickdarms bedingt. Hospitalstidende Jahrg. 56. Heft 31. p. 853—859. (Dänisch.)
106. *Schmidt, Adolf, Zur Kenntnis der Colitis suppurativa (gravis, ulcerosa). Mitteil. a. d. Grenzgeb. f. Med. u. Chir. Bd. 27. Heft 1. p. 150—173.
107. Schmidt, E., Milzbrandtumor des Cökum. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 83. Heft 3. p. 728.
108. *Schmidt, G. B., Über Trichozephaluskolitis und ihre Behandlung. Mittelrhein. Chir.-Vereinig., Tag. Marburg, 7. Juni.) Zentralbl. f. Chir. Jahrg. 40. Nr. 30. p. 1177 bis 1178.
109. Shoemaker, Harlan, Ruptur of the sigmoid by an air-blast of 120 pounds pressure. Journ. of the Amer. med. Ass. Vol. 61. Nr. 21. p. 1898—1899.
110. Souligoux, De l'ablation du cancer du gros intestin par extériorisation. Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris. Tome 39. Nr. 34. p. 1420—1425.
111. Spencer, W. G., Appendicostomy in place of colostomy for relief of obstruction caused by irremovable cancer of the rectum and colon. Brit. med. Journ. Vol. 2716, p. 108 bis 109.
112. Ssolowoff, P. D., Über die Bewertung der primären Dickdarmresektion. Chir. Abt. d. 1. städt. Krankenh. in Moskau. Verhandl. d. XII. Kongr. Russischer Chirurgen Bd. 12. p. 144—145. Moskau. (Russisch.)
113. *Stanton, Joseph, Diverticulitis. Boston med. and surg. Journ. Vol. 168. p. 343 bis 346.
114. Steiner, Richard, Mitteilungen über einen Fall von Hirschsprungscher Krankheit. Allg. Krankenh., Wien. Wien. klin. Wochenschr. Jahrg. 26. Nr. 16. p. 622—624.
115. *Steinschneider, Emanuel, Colitis pseudomembranacea infantum. Kinderpoliklinik Univ. Halle a. S. Arch. f. Kinderheilk. Bd. 62. Heft 1/2. p. 47—48.
116. *Tixier, Quelques cas de chirurgie du gros intestin. Soc. de chir. de Lyon, séance 8. Mai. Lyon chir. Tome 10. Nr. 2. p. 186—194.
117. Tyler, George T., Volvulus of the sigmoid flexure with report of a case and some observations on its etiology and treatment. Southern med. Journ. Vol. 6. Nr. 4. p. 269—277.
118. Viannay, Charles, Neuf cas de résection partielle du côlon pour cancer, dont cinq en un temps. Arch. provinc. de chir. Tome 22. p. 39—54.
119. *Wassilewski, E. W., Zwei Fälle von perforierender ulzeröser Kolitis nach Dysenterie. Alt. Katharinen-Krankenh., Moskau. Chirurgia. Vol. 33. p. 537—542. (Russisch.)
120. *Wegele, Über Colitis ulcerosa und ihre Behandlung. (Wegeles Anst. f. Magen- u. Darmkranke, Bad Königsborn. Med. Klinik. Bd. 9. p. 89—91.
121. Winkler, Josef, Ein Kolostomieapparat mit pneumatischem Abschluss. Allg. Krankenh., Wien. Wien. klin. Wochenschr. Jahrg. 26. Nr. 34. p. 1365.
122. Wrigley, P. R., and Manfred Moritz, Acute intestinal obstruction due to volvulus of the caecum. Lancet. Vol. 184. p. 166—167.
123. Yeomans, Frank C., Ceco-sigmoidostomy: an operation for shortcircuiting the colon. Amer. Journ. of Surg. Vol. 27. p. 23—26.

Zu den strittigen Fragen der Dickdarmchirurgie nimmt auf Grund entwickelungsgeschichtlicher Überlegungen W. Mayo (77) Stellung. Die in den letzten Jahren von Wilms, Lane, Jackson entdeckten und beschriebenen Veränderungen am Dickdarm lässt er gelten, die Frage ist nur, ob diese Zustände krankhafte Erscheinungen machen.

Zur Jacksonschen Membran liegen 17 Arbeiten meist englischer, einige auch französischer Zungen vor, keine in deutscher Sprache. Jackson (48 u. 49) versteht darunter eine schleierartige Umhüllung des Kolon mittelst einer gefässreichen, etwa einer ödematösen Arachnoidea gleichenden, durchscheinenden Membran, die von der Flexura hepatica über das Colon ascendens verlaufend oberhalb des Cökum endigt oder auch Cökum und Appendix mit einbegreift. Von den drei Entstehungsmöglichkeiten kongenital, mechanisch (Stütze gegen Kolonstase und Kolonptose) und entzündlich neigt Jackson zu der letzten. Erscheinungen: wechselnde Schmerzen rechts, Druckempfindlichkeit rechts ohne Rektusspannung, Stuhlverstopfung, Gasblähung, Schleimdiarrhöen, Magenbeschwerden, Gewichtsabnahme, Neurasthenie. Wenn konservative Behandlung, Stuhlregelung usw. nicht hilft, soll die Membran chirurgisch entfernt werden und zugleich das geblähte Cökum längs und quer

gerafft werden. Während mehrfach von der Durchschneidung oder Entfernung der Membran günstige Erfolge berichtet werden, z. B. von Randall (98), Mauclaire (74), Collins (24), Law (59), empfehlen andere, diese Bildung, die sie für angeboren halten, in Ruhe zu lassen, z. B. Long (65) und auch Fallon (37), der die erste Beobachtung einer perikolitischen Membran auf Virchow zurückführt. Delbet (27) hat in einem einschlägigen Fall sogar die Resektion des Cökum bis zur Mitte des Colon transversum vorgenommen.

Über die **Colitis ulcerosa** bringt Kretschmer (55) ein Sammelreferat. Sie kann auf der Basis verschiedener ätiologischer Momente entstehen. Klinisch äussert sie sich durch schwere Schädigung des Allgemeinbefindens, schleimig-eitrig-blutige Darmentleerungen und gewöhnlich diarrhöischen Stuhl. Zum Messer soll man nur greifen, wenn die diätetische, intern medikamentöse und örtliche Therapie versagt hat. Als Eingriff kommt in Betracht die Appendikostomie, Schrägfistel, Darmausschaltung, und am meisten der künstliche After. Hintze (46) lehnt bis auf Ausnahmefälle die operative Therapie völlig ab. Auch auf die Arbeiten Rosenheims (103), Adolf Schmidts (106) und Wegeles (120) sei hingewiesen. Erwähnt werden müssen die glänzenden Erfolge der Emetinbehandlung bei Amöbendysenterie. Das Emetin ist nach Baermann und Heinemann (4) ein überaus starkes Amöbengift, das bei subkutaner und besonders bei intravenöser Einverleibung die meisten oder sämtliche in der Darmwand und im Geschwürsgrund wohnenden Amöben abtötet. Darmgeschwüre heilen auch in den schwersten Fällen nach Emetinbehandlung rasch ab. Lesk (61) berichtet über seltene Komplikationen der Amöbendysenterie, Geschwürsperforation, Abszesse, Rektumstriktur und Inkarzeration. Auch Wassilewski (119) teilt zwei Fälle von Perforation nach ulzeröser dysenterischer Kolitis mit. Steinschneider (115) bringt drei Fälle der seltenen Colitis pseudomembranacea infantum. Schmidt (108) beschreibt zwei Fälle von Trichozephalusdysenterie. Spülungen des Rektums und Thymol innerlich erfolglos. Stets Rezidive von der Appendix aus. Daher Appendikostomie oder Typhlostomie, durch die tägliche Spülungen mit 1%igem Thymol vorgenommen werden. Heilung in 3—4 Wochen. Der **Appendikostomie** ist das ausführliche Übersichtsreferat von Arnaud (3) gewidmet.

Unsere Kenntnisse über die Hirschsprungsche Krankheit stellt Fr. Neugebauer (90) zusammen. Das Wesen der Krankheit besteht in einer auf kongenitaler Anlage beruhenden, oft die grössten Dimensionen annehmenden Erweiterung des Dickdarms, ohne dass ein Hindernis vorhanden ist. Die interne Behandlung soll nur der Vorbereitung des chirurgischen Eingriffs dienen, für den zur Erzielung eines Dauererfolges nur die Anastomose oder Resektion in Frage kommt. Frank (39) beschäftigt sich besonders mit der Diagnostik der Hirschsprungschen Krankheit. Er erzielte nach Entleerung des Darmes durch Lufteinblasung vom Rektum aus — vor der Neugebauer (190) warnt — klare und eindeutige Röntgenbilder. Von den zahlreichen einschlägigen Arbeiten sei nur noch die Mitteilung Oswald Meyers (81) erwähnt, der seinen Fall durch Diät, Belladonna und Opium zur Heilung brachte.

Eisenberg (33) arbeitet über die diagnostisch so schwierigen, meist als Tumor angesehenen, von erworbenen Divertikeln ausgehenden entzündlichen Erkrankungen der Flexura sigmoidea. Auch Eisenbergs Kranker war sehr fettleibig und kam unter der Diagnose Flexurkarzinom zur Operation. Nach Cade (17) sind diese Divertikel relativ häufig (29% makroskopisch). Sitz am beweglichen Teil der Flexura sigmoidea an den Taenien, am Mesokolonansatz oder zwischen den Appendices epiploicae. Murray (88) teilt einen einschlägigen Perforationsfall mit. Stanton (113) und Reichel (101) bringen über sie ausführliche Mitteilungen.

Bösartige Geschwülste des Dickdarms bilden nach Finkelstein (38) ½% sämtlicher chirurgischer Erkrankungen. Nach den Magengeschwülsten nehmen sie die nächste Stelle aller bösartigen Erkrankungen des Darmkanals ein. Ihr Sitz ist am häufigsten das S Romanum (44%), dann Cökum (20%). In fast der Hälfte der Fälle ist die Radikaloperatio nunmöglich; mehr als ein Drittel kommen mit Erscheinungen der Undurchgängigkeit. Je nach dem Fall ist ein- oder zweizeitige Resektion vorzunehmen. Die Resultate resezierter Dickdarmgeschwülste sind zwei- bis dreimal besser, als die radikaler Operationen bösartiger Geschwülste anderer Darmteile. Zur früheren Diagnose der Tumoren des S Romanum empfiehlt Friedrich (41) das Sigmoidoskop. Über die Behandlung der malignen Dickdarmtumoren liegen unter vielen anderen Arbeiten bemerkenswerte Äusserungen unserer bekannten Dickdarmchirurgen vor. Nach Körte (53 u. 54) ist bei genügender Darmentleerung, guter Blutversorgung und Annäherung der Darmenden ohne Spannung einzeitige Resektion ohne Naht am Platze, bei chronischer Stauung des Inhalts, sowie bei unsicherer Ernährung der Darmenden ist die mehrzeitige Operation als Vorlagerungs- oder Einnähungsmethode das

sicherste, wenn auch langsamere Verfahren. Körte (53 u. 54), Rotter (104) und Riese (102) stimmen darin überein, bei Ileuserscheinungen selbst bei den günstigsten Verhältnissen keine primäre Resektion vorzunehmen, sondern stets zunächst die Kolostomie zu machen und sobald wie möglich die Radikaloperation folgen zu lassen. Alle drei Autoren teilen ihre detaillierten Statistiken mit. Ähnlich Bastianelli (7) in seinem umfassenden Referat. Auf Moynihans (85) Mitteilungen über Dickdarmtumoren (und Divertikulitis) sei besonders hingewiesen.

Über die Beziehungen zwischen Entzündungen und Tumoren des Dickdarms, insbesondere des Cökums zu den inneren weiblichen Geschlechtsteilen bringen Opitz (91) und Tixier (116) lesenswerte Beobachtungen.

6. Anus und Rektum.

1. Ach, Suspensionsmethode bei Prolapsus recti. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 83. Heft 3. p. 729. (Aufhängung des Rektums intraperitoneal mittelst frei transplantiertem Faszienlappen.)
2. *Anderson, H. Graeme, A post-graduate lecture on the operative treatment of haemorrhoids. Brit. med. Journ. Nr. 2762. p. 1478—1479.
3. Asman, Bernard, The treatment of hemorrhoids. Internat. clinics Ser. 23. Vol. 4. p. 263—270.
4. — The treatment of ano-rectal operative wounds. Internat. Journ. of Surg. Vol. 26. p. 48—50.
5. *Barnes, A method of operating on fistula without cutting muscular tissue. Transact. of the Amer. proctol. Soc. Juni-Heft.
6. *Bachmann, Robert A., A new operation for hemorrhoids. Journ. of the Amer. med. Ass. Vol. 60. Nr. 15. p. 1154.
7. Beck, Eric Carl, Hemorrhoids and office practice. Med. record. Vol. 84. Nr. 3. p. 110—111. (In örtlicher Betäubung Abbinden und Ausschneiden.)
8. *Bensaude, R., L'endoscopie recto-colique rectoscopie, sigmoidoscopie. Monogr. clin. sur les quest. nouv. en méd., en chir., en biol. Nr. 73. p. 1—42.
9. *Brenner, A., Zur Technik des Anus praeternaturalis permanens. Zentralbl. f. Chir. Jahrg. 40. Nr. 51. p. 1905—1953.
10. Burrows, Waters F., Operation, when required, in all common rectal diseases, without general anesthesia or pain. New York med. Journ. Vol. 97. Nr. 17. p. 862—866. (Empfehlung von örtlicher Betäubung für alle in Betracht kommenden Eingriffe.)
11. *Carl, Walter, Anus praeternaturalis definitivus. Chir. Klinik, Königsberg i. Pr. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 86. Heft 1. p. 177—185.
12. Chalier, André, Le traitement palliatif du cancer du rectum. Progr. méd. Ann. 41. Nr. 18. p. 226—232. (Anus praeter in allen inoperablen Fällen!)
13. *Chalier, André et Emile Perrin, Résultats immédiats et éloignés de l'opération combinée dans le cancer du rectum. Lyon chir. Vol. 9. p. 150—176 u. 275—295.
14. Chalier, André et Paul Bonnet, Les tumeurs mélaniques primitives du rectum. Clin. chir., Prof. Jaboulay. Rev. de chir. Tome 32. p. 914—957. 1912. Tome 33. p. 64—103, 325—255, 372—391 u. 563—588. (Sehr umfassende Arbeit.)
15. *Chardom, Joseph, La tuberculose ano-rectale. Rev. internat. de la tubercul. Tome 23. p. 85—93.
16. *Cole, Percival P., The intramural spread of rectal carcinoma. Cancer hosp. pathol. laborat. Brit. med. Journ. Vol. 2722. p. 431—433.
17. *Dahlgren, Karl, Modifikation der kombinierten Operationsmethode bei Cancer recti. Allg. u. Dahlgrensches Krankenh., Gothenburg. Zentralbl. f. Chir. Bd. 40. p. 457—459.
18. *Decker, Über gutartige Polypen des Mastdarms und des S Romanum. Dr. Deckers Sanat. f. Magen-, Darm- u. Zuckerkr., München. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 589—590.
19. Depage, A., Du traitement chirurgical du cancer du rectum. Journ. méd. de Bruxelles. Ann. 18. Nr. 43. p. 451—455.
20. Depage et Mayer, Traitement chirurgical du cancer du rectum. Arch. prov. de chir. Tome 2. Nr. 6. p. 332—347.
21. Fieschi, Davide, Prolasso del retto. Osp. magg., Bergamo. Clin. chir. Vol. 21. p. 375—385.

22. *Frankenburger, J. M., Syphilis of the rectum. Interstate med. Journ. Vol. 20. Nr. 11. p. 1045—1048.
23. *Fuchsbüchler, Hans, Diagnostischer Wert der Rektoskopie und deren Gefahr. Dissertation. München. (R. Müller & Steinicke.)
24. Guillet, Prolapsus rectal volumineux chez une jeune fille, dû à un gros calcul vésical développé autour d'un corps étranger et guéri par la taille hypogastrique. Année méd. de Caen. Ann. 38. Nr. 4. p. 165—168.
25. *Hadda, S., Die Exzision der Hämorrhoiden nach Withehead. Israelit. Krankenh., Breslau. Arch. f. klin. Chir. Bd. 100. p. 1029—1078.
26. *Heller, E., Der gegenwärtige Stand der kombinierten i. e. abdomino-dorsalen Exstirpation des karzinomatösen Mastdarms. Ergebn. d. Chir. u. Orthop. Bd. 5. p. 488 bis 531.
27. *Humphreys, G. A., Preserving the sphincter in the treatment of fissure and fistula in ano. Amer. Journ. of Surg. Vol. 27. p. 41—49. (Einleuchtende, aber etwas umständliche Verfahren.)
28. *— The blind. external anal fistula. Internat. Journ of Surg. Vol. 26. p. 50—53.
29. *— The injection treatment of hemorrhoids. Amer. Journ. of Surg. Vol. 27. p. 96 bis 103.
30. *Jones, Daniel Fiske, Carcinoma of the rectum. Boston med. and Surg. Journ. Vol. 169. Nr. 20. p. 707—713.
31. Kamanin, W., Zur Frage der Behandlung des Rektumkarzinoms. Arbeiten der chirurgischen Klinik des Prof. S. Fedoroff in St. Petersburg Bd. 6. p. 103—147. (Russisch.)
32. *Kastein, Über ein neues wirksames Hämorrhoidalmittel. Allg. med. Zentralzeitg. Jahrg. 82. Nr. 17. p. 201—202.
33. Kelling, G., Amputation des Rektum unter Ausschaltung des Colon pelvinum. Zentralblatt f. Chir. Jahrg. 40. Nr. 24. p. 947—949.
34. *Kirschner, Max, Zur Frage der Entstehung der Hämorrhoidalblutungen. Jüd. Krankenh., Berlin. Berl. klin. Wochenschr. Jahrg. 50. Nr. 48. p. 2234—2237.
35. *Körbl, Herbert, Die Kontinenzverhältnisse nach den radikalen Operationen des Mastdarmkrebses. I. chir. Univ.-Klinik, Wien. Arch. f. klin. Chir. Bd. 101. Heft 2. p. 449—481.
36. Krauze, Ludwig, Zur operativen Behandlung des Mastdarmvorfalles. Przeglad chir. i ginekol. Vol. 9. Heft 2. p. 156—185. (Polnisch.)
37. Lengnick, Hans, Beitrag zur Operation des Mastdarmvorfalls bei Kindern. Städt. Heilanst., Tilsit. Münchn. med. Wochenschr. Jahrg. 60. Nr. 43. p. 2405—2406. (Benutzte mit gutem Erfolg statt des Thierschen Drahtringes einen Faszienstreifen.)
38. *Libensky, W., Die ersten Anfänge der atypischen Neubildung im Rektum und im S Romanum. Interne Poliklinik Prof. Hnátek u. pathol.-anat. Inst. Prof. Hlava, Prag. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 77. Heft 5/6. p. 355—383.
39. Mac Laren, Archibald, Rectal section for pelvic abscess in men. Journ. Lancet. Vol. 33. Nr. 9. p. 254—256.
40. *Maschat, Traitement de la fissure à l'anus par les cautérisations à la teinture d'iode. Prov. méd. Jahrg. 26. Nr. 51. p. 565.
41. *Maybaumm, Josef, Über die extraanale, unblutige Behandlungsmethode der Hämorrhoidalknoten. Arch. f. Verdauungskrankh. Bd. 19. Heft 2. p. 188—196.
42. *Meidner, S., Bericht über einige mit Mesothorium behandelte Fälle von inoperablem Mastdarm- und Speiseröhrenkrebs. Charité, Berlin. Therap. d. Gegenw. Jahrg. 54. Heft 10. p. 447—451.
43. *Miles, W. Ernest, A lecture on the diagnosis and treatment of cancer of the rectum. Brit. med. Journ. Vol. 2717. p. 166—168.
44. *Mocquot, Pierre, Les hémorragies des polypes du rectum. Rev. de chir. Jahrg. 33. Nr. 4. p. 474—485.
45. *Monsarrat, K. W., Carcinoma of the rectum. Liverpool med. chir. Journ. Vol. 33. Nr. 64. p. 415—427.
46. Mummery, P. Lockhart, Operation and after-treatment of fistula in ano. Lancet. Vol. 185. Nr. 2. S. 72—75. (Beherzigenswerte Winke.)
47. *Noland, Lloyd, The whitehead operation for haemorrhoids. A report of 200 cases. Surg., Gynecol. and Obstetr. Vol. 16. p. 213—215.
48. Norbury, Lionel E. C., Imperforate conditions of the rectum and anal canal and their treatment. Practitioner Vol. 91. Nr. 6. p. 834—846.

49. *Oehler, Johannes, Über Rektumkarzinome. Zugleich ein Beitrag zur Lehre von den metastatischen Darmkarzinomen. Chir. Klinik, Freiburg i. Br. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 87. Heft 3. p. 593—630.
50. Pielsticker, Felix, Die Behandlung des Mastdarmvorfalls bei Kindern. Univ.-Kinderklinik, Strassburg i. E. Monatsschr. f. Kinderheilk. Orig. Bd. 12. Nr. 3. p. 111 bis 116. (Mastdarmvorfall entsteht nur bei neuropathischer Konstitution. Heftpflasterverband!)
51. Pruritus ani of streptococcal origin: cure by antegenous vaccine. Journ. of Clin. res. Vol. 6. p. 30—31.
52. *Reckzeh, Zur Frage der Entstehungsursache der Hämorrhoidalknoten. Deutsche med. Wochenschr. Jahrg. 39. Nr. 19. p. 895—896.
53. *Reglus, Paul, Le rétrécissement congénital du rectum. Hot. Dieu. Presse méd. Tome 21. p. 29—33.
54. *La réunion par première intention dans le traitement chirurgical de la fistule à l'anus. Sem. méd. Jahrg. 33. Nr. 19. p. 206—207.
55. *Riggs, T. F., Fistula in ano — its rational and successful treatment. Saint Paul med. Journ. Vol. 15. Nr. 9. p. 461—464.
56. Roith, Otto-Baden-Baden, Über die Mechanik der rektalen Einläufe. Kongr. f. inn. Med. Wiesbaden.
57. *Ruge, Ernst, Zur Pathogenese, Klinik und Therapie der erworbenen Mastdarmstrikturen. Samml. zwangl. Abhandl. a. d. Geb. d. Verdauungs- u. Stoffwechselkrankh. Bd. 4. Heft 8. p. 56.
58. Sauer, G. M., External hemorrhoids, their radical cure. Amer. med. Vol. 19. Nr. 5. p. 315—316. (Naht unter Benutzung einer verkleinerten Maronschen Zange.)
59. Schwartz, Anselme, Le diagnostic des hémorroïdes et le toucher rectal. Paris méd. Nr. 26. p. 628—629. (Alle verdächtigen Fälle digital untersuchen!)
60. Smith, J. W., Some points in the surgical anatomy of the rectum. Journ. of Anat. a. Pphysiol. Vol. 47. p. 350—355. (Befestigung des Rektums, Gefässversorgung, Lymphwege.)
61. *Souther, Chas. T., Hemorrhoids. Lancet-clin. Vol. 110. Nr. 15. p. 382—384.
62. *Tracy, Stephen E., Fistula in ano. Am. J. of Obst. Vol. 67. p. 33—35.
63. Vidakovich, Kamill, Über Ursachen des Mastdarmprolapses und den Einfluss der Harnblase und der Bauchpresse auf das Zustandekommen desselben. Orvosi Hetilap. Vol. 57. p. 79—82. 103—106. (Ungarisch.)
64. Vilaplana, J., Inutilidad é inconveniencia de las cánulas largas en las irrigaciones intestinales. La cronica médica. Vol. 25. p. 41—42. (Spanisch.)
65. Wagner, Jerome, Rectal hints. Intern. Journ. of Surg. Vol. 26. Nr. 6. p. 229. (Die meisten Erkrankungen des Mastdarms finden sich in den unteren zwei Zoll.)
66. *Watson, C. Gordon, Surgical tuberculosis of the colon, rectum and anal canal. Practitioner. Vol. 90. Nr. 1. p. 220—227.
67. Watson, Leigh, Hemorrhoid operations. A local anesthesia technic. New York med. Journ. Vol. 97. Nr. 15. p. 755—756. (Bei Harnstoff- und Chinin-Einspritzung dauert die Schmerzlosigkeit 5—7 Tage.)
68. Westhoff, A., Über den Anus praeternaturalis inguinalis und seine Schlusssicherheit. Abt. f. Chir., Sitz. 4. Verhandl. d. Ges. deutsch. Naturforsch. u. Ärzte, 84. Vers., Münster i. W., 15.—21. Sept. 1912. T. 2. Häflte 2. p. 186—190.
69. Zironi, Giuseppe, Nuovo processe per evitare l'incontinenza negli interventi par carcinoma del retto. Osp., Carpi. Policlinico, sez. prat. Jahrg. 20. Nr. 42. p. 1509.

Maschat (40) empfiehlt auf Grund 15jähriger Erfahrung zur Heilung von **Analfissuren** Jodtinkturätzung, die alle 3—4 Tage zu wiederholen ist.

Nach Humphreys (28) sind die meisten äusseren Mastdarmfisteln komplete Fisteln. Sie sind daher wie diese zu behandeln. Zur Schonung des Sphinkter empfiehlt derselbe Autor, ferner Tracy (62) die Mastdarmschleimhaut am Hautrand zu durchschneiden, den Darm bis zur inneren Fistelöffnung frei zu präparieren, herunterzuziehen, proximal von der Fistelöffnung mit der Haut zu vernähen, das überstehende Stück abzuschneiden, die Fistel von aussen einzuschneiden und offen zu behandeln (Tracy) oder zu exstirpieren (Humphreys). Ähnlich empfehlen Barnes (5), Riggs (55) und ein Leitartikel der Sem. méd. (54) vorzugehen.

Reckzeh (52) konnte die Entstehung von **Hämorrhoiden** in einem Fall auf ein grosses Hodgepessar zurückführen. Blutungen aus Hämorrhoiden erfolgen nach Kirschner (34) nicht nur aus den Hämorrhoiden selbst, sondern auch aus Extravasa ten unter der Schleimhaut.

Behandlung der Schleimhaut mit Adstringentien ist daher erforderlich. Kastein (32) empfiehlt zur Hämorrhoidenbehandlung Acetonal-Hämorrhoidalzäpfchen. Beherzigenswerte Winke zur Hämorrhoiden-Operation bringt Souther (61). Vor der Operation keine Abführmittel, wenigstens nicht in den letzten 48 Stunden. Umgebung des Afters nicht rasieren! Lange Haare werden kurz geschnitten. Hämorrhoiden mit Prolaps sollen nach Whitehead operiert werden. Will der Kranke seine Tätigkeit nicht unterbrechen, so wird die Entfernung der Knoten in mehreren Sitzungen vorgenommen und jedesmal nur ein Hämorrhoidalpfeiler entfernt. Es muss der ganze Pfeiler bis über den inneren Sphinkter hinaus entfernt werden. Ligaturen im Gebiete des Sphinkter geben zu postoperativen Schmerzen Veranlassung, sind daher zu vermeiden. Sie sollen oberhalb oder ausserhalb angelegt werden. Sphinkter nicht dehnen! Drainrohr im Mastdarm nach der Operation ist überflüssig; es sollte, wenn überhaupt benutzt, nur 2—3 Tage liegen!

Das im Vorjahre von Boas empfohlene Verfahren der Hämorrhoidenbehandlung (siehe den letzten Bericht S. 268) findet in Maybaumm (41) einen eifrigen Fürsprecher. Die Whiteheadsche Operation gilt allgemein als die eingreifendste und als nicht frei von Komplikationen und Gefahren. Sie wird daher nur bei einem Kranz reichlicher Hämorrhoiden empfohlen [Anderson (2)]. In Noland (47) und besonders in Hadda (25), die beide ihre Technik ausführlich schildern, sind ihr trotzdem begeisterte Verehrer erwachsen. Bachmann (6) teilt ein dem Whitehead'schen ähnliches, nicht ganz so eingreifendes Verfahren mit. Humphreys (29) empfiehlt von neuem die Karboleinspritzung, die gefahrlos ist, wenn man nicht mehr als 10 ccm einer 10%igen Lösung verwendet. Thrombose und Infektion sind nicht zu fürchten.

Über Diagnose und Therapie der **angeborenen Mastdarmverengerungen,** die nicht so selten seien, wie sie gelten, berichtet Reglus (53), während Ruge (57) ausführlich über die **erworbenen Strikturen** berichtet, als deren häufigste Ursache er die Syphilis ansieht. Frankenburger (22) hält die Striktur für die unangenehmste Erscheinung der **Syphilis** am Mastdarm. Sie entwickelt sich auf der Basis einer fibrösen Proktitis und stellt als solche kein eigentliches syphilitisches Gewebe dar. Bei den häufigen sekundären Infektionen und Ulzerationen ist die Kolostomie die einzige Erfolg versprechende Therapie. Über chirurgische Tuberkulose des Mastdarms berichten Chardom (15) und Watson (66). Für die **tuberkulöse** Stenose ist die Tendenz nach oben fortzuschreiten einhergehend mit zunehmenden Blutungen nach Chardom besonders charakteristisch.

Blutungen aus dem Mastdarm sind besonders bei Kindern nicht selten Folge von **gutartigen Polypen.** Das Blut stammt aus den Polypen selbst und nicht aus der Darmschleimhaut. Ursache für die Blutung ist vielfach Stieldrehung der Polypen. Mit Entfernung der Polypen hören die Blutungen auf. Die Abtragung geschieht unter Leitung des Rektoskops mit der kalten Schlinge oder mit dem Paquelin [Decker (18), Mocquot (44)].

Der **Mastdarmkrebs** geht nach Cole (16) fast immer von der vorderen oder seitlichen Wand aus und zeigt mehr Tendenz im zirkulären Sinne fortzuschreiten, als in der Längsrichtung. Entstehunsgort ist das Epithel der zwischen Muskularis und Submukosa glegenen Drüsen. Wachstum ist nach zwei Richtungen möglich, entweder weiter unter der Submukosa oder unmittelbar die Schleimhaut durchbrechend. Die Tendenz zur zirkulären Ausbreitung ist auf entsprechende Anordnung der Lymphbahnen zurückzuführen. Zwischen diesen Lymphbahnen der Darmwand und den Beckendrüsen besteht eine offene Kommunikation. Die Drüsen sitzen hinter dem Rektum als anorektale Drüsen und zwischen den beiden Blättern des Mesokolons. Der Sitz des Tumors in der Schleimhaut ist also kein Massstab für seine Ausdehnung innerhalb und ausserhalb der Darmwand. In Übereinstimmung mit diesen pathologisch-anatomischen Befunden, die übrigens nicht unwidersprochen blieben [Monsarrat (45)], ist Miles (43) auf Grund klinischer Erfahrungen zur en bloc-Ausräumung des ganzen Beckens unter Anlegung eines Anus iliacus übergegangen, die er für alle Fälle empfiehlt.

Trotz des ablehnenden Standpunktes des deutschen Chirurgenkongresses 1906, gegenüber der von Kraske empfohlenen **kombinierten abdomino-dorsalen Mastdarmexstirpation** hat die Zahl der Anhänger dieses Verfahrens zugenommen; siehe darüber die übersichtliche Zusammenstellung von Heller (26), ferner Jones (30), Dahlgren (17), Oehler (49) aus der Klinik Kraskes, Monsarrat (45). Chalier und Perrin (13) untersuchen die Resultate der kombinierten Operation. Meidner (42) berichtet über Erfolge nach Mesothoriumbehandlung.

Den hohen Wert der Rekto-Romanoskopie betonen besonders Libensky (38) und Bensaude (8), letzterer unter Beschreibung seines Apparates und der mittelst des Apparates

gewonnenen klinischen Bilder; auf ihre Gefahren (ein eigener neuer Rektoskop-Todesfall) weist Fuchsbüchler (23) hin.

Mitteilungen über die Technik des Anus praeternaturalis bringen Brenner (9) und Carl (11).

D. Appendix.

1. *Aaron, Charles D., Ein neues Abzeichen chronischer Appendizitis. Arch. f. Verdauungskrankh. Bd. 19. Heft 3. p. 344—347. Journ. of the Amer. med. Assoc. Vol. 60. p. 350—351.
2. Abbott, G. H., Appendiceal abscess in umbilical hernia. Australas. med. Gaz. Vol. 34. Nr. 18. p. 407.
3. *Aldous, George F., Some notes on the surgery of the appendix vermiformis. St. Bartholomews Hosp. Journ. Vol. 20. p. 97—98.
4. *Andrew, J., Grant The operation for acute appendicitis. Primary closure of the abdominal wound. (Operation bei akuter Appendizitis; primäre Naht der Bauchwunde.) Glasgow med. Journ. Vol. 80. Nr. 3. p. 161—165.
5. Andrews, C. L., Appendix abscesses discharging pus into the urinary tract. Virginia med. Semimonthly. Vol. 17. Nr. 20. p. 499—502.
6. Archer, G. F. Stoney, The treatment of diffuse septic peritonitis due to appendicitis, illustrated by four recent cases. Journ. of the Roy. army med. corps. Vol. 20. Nr. 6. p. 703—705.
7. *Aschoff, L., Appendicopathia oxyurica. Pathol. Inst., Univ. Freiburg i. Br. Med. Klin. Bd. 9. p. 249—251.
8. *Babinski, Ed., Enriquez et Gaston Durand, Pseudocoxalgie et appendicite. Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris. Jahrg. 29. Nr. 26. p. 191—199.
9. *Baldauf, Leon K., Primary carcinoma of the vermiform appendix. Vortrag, gehalten auf der med.-chir. Ges. von Louisville. Louisville Monthly Journ. of Med. and Surg. Vol. 20. Nr. 3. p. 65—73.
10. Baratynski, P. A., Über Spätoperationen im Intermediärstadium der Appendizitis. Städt. Krankenh. Sebastopol. Chir. Arch. Weljamin. Bd. 29. Heft 3. p. 439—458. (Russisch.)
11. *Barker, Arthur E., A lecture on some points about drainage of the abdomen under various conditions of inflammation. Brit. med. Journ. Vol. 2716. p. 104—107.
12. *Bartlett, Willard, A self-inverting suture for the appendix stump. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 16. p. 98—99.
13. *Bassler, Anthony, Pinching the appendix in the diagnosis of chronic appendicitis. Amer. Journ. of the Med. Scienc. Vol. 146. Nr. 2. p. 204—208.
14. Battle, William H., The black (pigmented) appendix. Lancet. Vol. 185. Nr. 4690. p. 135—136.
15. *Bazin, Alfred T., Tuberculous appendicitis. Canada med. Assoc. Journ. Vol. 3. Nr. 6. p. 484—490.
16. Beamish, F. T., Case of appendicitis with an unusual complication. Austral. med. Journ. Vol. 2. Nr. 112. p. 1199—1200. (Gangrän der letzten 18 Zoll der untersten Ileumschlinge.)
17. *Belley, G., Nouvelle incision (incision en éventail) pour l'opération de l'appendicite à froid, d'après la méthode de v. Bardeleben, médicin-chef de l'hôpital protestant de Bochum en Westphalie. Arch. de méd. et de pharm. navales. Tomes 100. Nr. 9. p. 181—185.
18. Benard, René, Appendicite et arythmies: bradycardies et extrasystoles. Compt. rend. hebdom. des séanc. de la soc. de biol. Tome 74. Nr. 19. p. 1094—1095.
19. *Benjamin, Arthur E., The co-relation of appendicitis, mucous colitis and membranous pericolitis. Journ.-Lancet. Vol. 33. Nr. 14. p. 401—409.
20. *Bérard, L., et H. Alamartine, Appendice et tuberculose. Lyon chirurg. Bd. 9. Nr. 5. S. 490—503 und Nr. 6. S. 645—672.
21. *— et A. Buche, Absence congénitale de l'appendice et syndrome appendiculaire aigu. Prov. méd. Jahrg. 26. Nr. 26. p. 288—290.
22. *— et Paul Vignard, Diverticules et kystes de l'appendice. Prov. méd. Jahrg. 26. Nr. 15. p. 157—159. (Literatur.)

23. Bérard, L., et H. Alamartine, A propos de l'appendicectomie sous-séreuse à froid. Bull. méd. Tome 27. p. 255—258.
24. *Bertelsmann, Soll im Intermediärstadium der akuten Appendizitis operiert werden? Rotes Kreuz, Kassel. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 122. Heft 1/2. p. 155—157. (Ja!)
25. *— Zur Technik der Appendektomie. Rotes Kreuz, Kassel. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 122. Heft 1/2. p. 158—159.
26. *Bjalokur, F., Zur Frage der Palpation des Wurmfortsatzes. Arch. f. Verdauungskrankh. Bd. 19. p. 54—68.
27. *— Die Tuberkulose und die chronische Appendizitis. Sanat. d. Roten Kreuzes, Jalta. Tuberkules. Jahrg. 2. Heft 5/6. p. 273—283. (Russisch.)
28. Boeckel, Jules, Résection de deux mètres d'intestin (iléon, caecum et côlon ascendant) dans une forme d'appendicite non encore décrite. (Resektion von 2 m Darm [Ileum coecum und Colon ascendens] bei einer noch nicht beschriebenen Form der Appendizitis.) Rev. franç. de méd. et de chir. Tome 10. p. 27—29.
29. *Boehme, Gustav F., The differential diagnosis between pneumonia and appendicitis. Med. record. Vol. 83. p. 567—570.
30. *Bogdánowitsch, Milos, Appendix und weibliche Genitalien. Univ.-Frauenklinik Nr. 1. Budapest. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 84. Heft 1. p. 47—60.
31. Boljarsky, N. N., Behandlung der Peritonitis diffusa e appendicitide. Chir. Abt. J. Grekoffs, Obuchow-Krankenh., St. Petersburg. Russki Wratsch. Bd. 12. Nr. 34. p. 1200—1202. (Russisch.)
32. *Borini, Agostino, Pseudo-appendicite da ascaridi. Policlin. S. Donato, Torino. Gazz. d. osp. e d. clin. Jahrg. 34. Nr. 138. p. 1447—1448.
33. *Boulanger, Gaston, Symptômes et formes cliniques de l'appendicite dans la première enfance. Méd. prat. Jahrg. 9. Nr. 42. p. 657—660.
34. *Braeunig, Wurmfortsatzentzündung und Mandelentzündung. Garnisonlaz. Stargard i. Pomm. Deutsche militärärztl. Zeitschr. Jahrg. 42. Heft 22. p. 871—873.
35. *Braizeff, W. R., Komplikationen nach Operationen wegen Appendizitis. Chir. Univ.-Klin. d. Prof. Martynoff, Moskau. Chir. Bd. 34. Sept.-Heft. p. 258—290. (Russisch.)
36. *Braun, Über die Unterbindung der Vena ileocolica bei eitriger Thrombophlebitis nach Appendizitis. Freie Vereinig. d. Chir. d. Königr. Sachsen. 2. Tag. Krankenh. Friedrichstadt-Dresden. 3. Mai. Zentralbl. f. Chir. Jahrg. 40. Nr. 35. p. 1370—1371.
37. *Brickner, Walter M., The simulation by malaria of acute surgical abdominal disease, especially appendicitis. (Die Verwechselung von Malaria mit akuten chirurgischen Abdominalerkrankungen, namentlich mit Appendizitis.) Arch. of Diagn. Vol. 6. Nr. 2. p. 126—132.
38. *Briggs, J. Emmons, Appendix excisor. Boston Med. and Surg. Journ. Vol. 168. Nr. 23. p. 847—848.
39. Brooks, C. D., The treatment of acute appendicitis. Journ. of the Michigan State Med. Soc. Vol. 12. Nr. 1. p. 21—23.
40. Buchbinder, Jacob, R. Retroperitoneal rupture of the appendix with extravasation of pus into and gangrene of the entire thigh. Journ. of the Amer. med. Assoc. Vol. 60. Nr. 23. p. 1782—1783.
41. *Burkhardt, L., Die operative Behandlung des Coecum mobile. Allg. Krankenh. Nürnberg. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 83. Heft 3. p. 642—651.
42. *Caillon, Louis, Appendicite et accidents de dent de sagesse. Rev. de stomatol. Jahrg. 20. Nr. 5. p. 200—205.
43. Cargile, Charles H., Grape seeds in a pelvic abscess. Southern med. Journ. Vol. 6. Nr. 5. p. 330—331. (Im Anschluss an mehrereleichte Blinddarmentzündungen.)
44. *Carson, Herbert W., A clinical lecture on conditions simulating appendicitis. Clin. Journ. Vol. 42. Nr. 6. p. 90—96.
45. *Cazin, Maurice, De l'utilité de l'examen du sang dans les cas douteux d'appendicite aiguë au point de vue du diagnostic et des indications opératoires. Journ. de méd. interne. Jahrg. 17. Nr. 12. p. 114—115. Revue internat. de méd. et de chir. Jahrg. 24. Nr. 8. p. 122—126.
46. Chartier, Méningite localisée post-appendiculaire avec compression des racines lombo-sacrées. Guérison par la radiothérapie. L'encéphale. Tome 8. p. 44—50.
47. Chauffard, Abcès sous-hépatique d'origine appendiculaire. Hôp. Saint-Antoine. Bull. méd. Jahrg. 27. Nr. 69. p. 777—779.

48. *Chifoliau et Sébilotte, A propos d'une observation d'appendicite par épingle. Rev. franç. de méd. et de chir. Jahrg. 10. Nr. 11. p. 169—171.
49. Cirera-Salse, Behandlung der Appendizitis mit Galvanisation und Faradisation. Vortrag, geh. a. d. internat. Kongr. f. Physiotherapie. Berlin. März. Berl. klin. Wochenschrift. Jahrg. 50. Nr. 38. p. 1750—1751.
50. *Cohn, Max, Der Wurmfortsatz im Röntgenbilde. Städt. Krankenh. Moabit-Berlin. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 606—608. Berl. Ges. f. Chir. Sitzg. vom 10. und 24. Febr. Zentralbl. f. Chir. Bd. 40. p. 515.
51. *Colley, Fritz, Beiträge zur Klärung der Frage von der Erblichkeit der Entzündung des Blinddarmanhanges. Arch. f. klin. Chir. Bd. 103. Heft 1. p. 177—208.
52. *Corner, Edred M., The function of the appendix and the origin of appendicitis. Brit. med. Journ. Vol. 2720. p. 325—327.
53. Courtin, J., Appendicite et adénite intraappendiculaire. Gaz. de gyn. Tome 28. p. 27—29.
54. *Daniel, G., Un cas d'appendicite post-traumatique. Progr. méd. Tome 41. p. 22—23.
55. — Hernies de l'appendice iléocaecal. Progr. méd. Tome 41. p. 93—97.
56. *Deaver, John B., Appendicitis. Its history, anatomy, clinical aetiology, pathology, symptomatology, diagnosis, treatment, technic of operation, complications and sequels. 4. Aufl. Philadelphia: Blakistons Son & Co.
57. *— Chronic appendicitis versus duodenal ulcer and their association. Arch. of Diagn. Vol. 6. Nr. 2. p. 101—111.
58. — Fecal fistula. Therap. Gaz. Vol. 37. p. 153—158.
59. *Delapchier, Scoliose et appendicite chronique. Ann. de méd. et chir. infant. Jahrg. 17. Nr. 11. p. 359—360.
60. *Delbet, Pierre, et Jean Madier, Radiographie des artères de l'appendice. Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris. Tome 39. Nr. 28. p. 1237.
61. Denk, Julius, Resultate von 601 Appendizitisoperationen mit besonderer Berücksichtigung der Frühoperation. Ludwigsspit. „Charlottenhilfe" und Karl-Olga-Krankenh. Stuttgart. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 84. Heft 2. p. 481—497. Diss. Freiburg i. Br. (Charakter der Rezidive wird mit jedem Unfall schwerer.)
62. *Derganc, Franz, Appendectomia subserosa. Epikritische Bemerkung zu dem Artikel von S. Kofmann. Landesspit., Laibach, Zentralbl. f. Chir. Bd. 40. p, 271.
63. Divaris, Recherches sur l'appendicite. Thèse. Paris.
64. *Dobbertin, Zur Pathogenese der sog. „chronischen Blinddarmentzündung". Königin Elisabeth-Hosp., Berlin-Oberschöneweide. Deutsche med. Wochenschr. Jahrg. 39. Nr. 32. p. 1549—1551.
65. *— Schnittlänge, Bauchspülung, Bekämpfung der Darmlähmung bei Appendizitis — Peritonitis. Königin Elisabeth-Hosp., Berlin-Oberschöneweide. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 222—225.
66. Duncan, Robert B., Vomito negro appendiculaire. Austral. med. Journ. Vol. 2. Nr. 102. p. 1101—1102.
67. *Duroux, E., De l'hydro-appendicitose. Clin. du Prof. Jaboulay. Rev. de gyn. et de chir. abdom. Tome 20. p. 143—174.
68. *Duvergey, J., Quelques recherches sur l'insuffisance hépatique dans l'appendicite. Paris méd. Nr. 23. p. 263—568.
69. *Enriquez, Ed., et R. A. Gutmann, La sciatique appendiculaire (appendicite claudicante.) Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris. Jahrg. 29. Nr. 23. p. 1238 bis 1245.
70. *— — La fausse coxalgie d'origine appendiculaire (une 2 forme d'appendicite claudicante.) Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris. Jahrg. 29. Nr. 26. p. 175—179.
71. *Fonyó, Johann, Über die Appendizitis der Frauen. Chir. Frauenklin., Budapest. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 84. Heft 1. p. 273—290.
72. *Foster, George S., Appendical infection, with abscess formation; should the appendix be removed at primary operation? Med. Rec. Vol. 84. Nr. 26. p. 1163—1165.
73. *Fowler, Royale Hamilton, A note on the treatment of diffuse and spreading appendicular peritonitis. Summary of 78 cases. Amer. Journ. of Surg. Vol. 27. Nr. 5. p. 189—190.
74. Frieling, Bernhard, Was leistet die Frühoperation (innerhalb der ersten 24 Stunden) bei akuter Appendizitis im Vergleich mit anderen Behandlungsmethoden? Erläutert an 480 Appendizitisfällen (1907—1911). Städt. Krankenh., Stralsund. Diss. Greifswald (J. Abel).

75. *Füth, H., Über die hohe Mortalität der Appendizitis in graviditate und ihre Ursachen. Gyn. Klin., Akad., Köln. Med. Klinik. Jahrg. 9. Nr. 39. p. 1575—1577.
76. Gale, S. S., Surgical treatment of appendicitis. (Die chirurgische Behandlung der Appendizitis.) Virginia med. Semi-month. Vol. 18. Nr. 8. p. 195—197.
77. *Garin, Ch., et A. Chalier, Un cas d'appendicite à oxyure. Lyon chir. Tome 9. p. 418—422.
78. *Gaudin, Appendicite chronique et point de Mac Burney. Journ. de méd. de Paris. Jahrg. 33. Nr. 25. p. 502—503.
79. *George, Arial W., and Isaac Gerbert, The value of the roentgen method in the study of chronic appendicitis and inflammatory conditions, both congenital and acquired, about the cecum and terminal ileum. Boston med. and Surg. Journ. Vol. 169. Nr. 15. p. 534—536.
80. *Goepel, Zur chirurgischen Behandlung der appendizitischen Peritonitis. Freie Vereinig. d. Chir. d. Königr. Sachsen. 26. Okt. 1912. Zentralbl. f. Chir. Jahrg. 40. Nr. 22. p. 874—875.
81. *Gourcerol, H., La radiographie de l'appendice. Méd. prat. Jahrg. 9. Nr. 44. p. 689 bis 692.
82. *Graham, James M., Primary cancer of the vermiform appendix. Edinburgh med. Journ. Vol. 10. p. 30—41.
83. *Green, Über Appendizitis im Kindesalter. Allgem. Wiener med. Zeitg. Bd. 58. p. 13—14. 25—27 u. 37—38.
84. *Griess, Walter, Diagnosis of important pathological changes associated with inflammation of vermiform appendix and indications for treatment. Lancet-Clin. Vol. 110. Nr. 7. p. 174—177.
85. *Groedel, Franz M., Die röntgenologische Darstellung des Processus vermiformis. Hosp. z. hlg. Geist, Frankfurt a. M. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 744—745.
86. Guibé, Maurice, Sur les rapports entre l'appendicite et la diverticulite. Presse méd. Jahrg. 21. Nr. 71. p. 713—714.
87. Haemorrhage from a ruptured ileocolic artery in the operation for acute appendicitis. Brit. Journ. of Surg. Vol. 1. Nr. 1. p. 141. (Bei der stumpfen Auslösung der Appendix.)
88. *Hagmaier, Georg Otto, Über 560 Operationen akuter Appendizitis. Mit besonderer Berücksichtigung der Todesfälle. Städt. Krankenh. Heilbronn. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 87. Heft 3. p. 631—640.
89. Haines, W. D., Perforative appendicitis and peritonitis. Lancet-Clin. Vol. 109. Nr. 21. p. 570—571.
90. Haller, M., Des épiploites chroniques en rapport avec l'appendicite et la colite chronique. Hôp. de la pitié. Paris. Paris, Steinheil. 1912. 242 S.
91. *Hammer, W., Über Appendizitis im Wochenbett. Diss. Berlin.
92. *Hammesfahr, C., Pseudomyxomzyste des Wurmfortsatzes. Priv.-Klin. von Prof. James Israel, Berlin. Deutsche med. Wochenschr. Jahrg. 39. Nr. 31. p. 1501—1502. Berl. Ges. f. Chir. Sitzg. vom 26. Mai. Zentralbl. f. Chir. Jahrg. 40. Nr. 40. p. 1549.
93. *Handley, W. Sampson, Pelvic appendicitis. West London med. Journ. Vol. 18. p. 27—31.
94. *Hanser, Rob., Über Appendixkarzinome und -Karzinoide. Rostock, H. Warkentien.
95. *Hauch, Über Spätblutungen bei Appendizitis. Allg. Krankenh. Hamburg-Eppendorf. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 83. p. 294—319.
96. *Hausmann, Theodor, Die verschiedenen Formen des Coecum mobile. Med. Poliklin., Rostock. Mitt. a. d. Gernzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 26. Heft 4. p. 506—616.
97. *Heile, Bernhard, Über die Entstehung der Entzündungen am Blinddarmanhang auf bakteriologischer und experimenteller Grundlage. Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 26. Heft 2. p. 345—378.
98. *Herff, Otto v., Zur Vorbeugung postoperativer Peritonitis bei verschmutzten Laparotomien. Frauenspit., Basel-Stadt. Gyn. Rundschau. Bd. 7. p. 1—4.
99. *Hertz, Arthur F., Bastedos sign: a new symptom of chronic appendicitis. (Das Bastedosche Phänomen, ein neues Symptom bei chronischer Appendizitis.) Lancet. Vol. 148. p. 816—817.
100. *Hildige, H. J., Antistreptococcal serum in appendicitis. Brit. med. Journ. Nr. 2728. p. 768.
101. Hohf, S. M., A review of the last 150 cases of appendicitis in „sacred heart hospital". Journ-Lancet. Vol. 33. Nr. 1. p. 3—13.

102. *Holländer, Eugen, Colon mobile und Ileocökaltuberkulose. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 74. Heft 1. p. 180—185.
103. *Hueck, Otto, Über die pathologische Bedeutung von Helminthen in der Appendix. Pathol. Inst. Freiburg i. Br. Frankf. Zeitschr. f. Pathol. Bd. 13. Heft 3. p. 434—474.
104. *Hüttl, Theodor, Über die Aktinomykose des Wurmfortsatzes. Chir. Univ.-Klin. Budapest. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 84. Heft 1. p. 291—298.
105. Hughes, Basil., Tetany in acute suppurative appendicitis in an adult. Brit. med. Journ. Nr. 2730. p. 879.
106. *Illoway, H., Chronic appendicitis in its relation to hyperycidity of the gastric huice. A clinical study. New York med. Journ. Vol. 98. Nr. 4. p. 162. Nr. 5. p. 224.
107. Immediate operation in appendicitis. Austral. med. Journ. Vol. 2. Nr. 88. p. 959.
108. *Intestinal parasites in the vermiform appendix. Edinb. med. Journ. Vol. 10. Nr. 5. p. 437.
109. *Isabolinski, M. P., Zur Bakteriologie der Appendizitis. Bakt. Inst., Smolensk. Russki Wratsch. Bd. 12. Nr. 52. p. 1815—1817. (Russisch.)
110. *Jackson, Jabez N., Retrocecal appendicitis. Journ. of the Amer. med. Assoc. Vol. 60. Nr. 17. p. 1285—1289.
111. *Jackson, E. Sandford, Two cases simulating appendicitis. Austral. med Gaz. Vol. 34. Nr. 1. p. 4.
112. Jalaguier, Tumeur inflammatoire du caecum consécutive à une appendicite chronique, avec invagination de l'appendice. Résection. Anastomose iléo-côlique. Guérison. Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris. Tome 39. Nr. 29. p. 1265—1270.
113. *Jayle, F., Note sur l'appendicectomie par l'incision transversale suspubienne combinée à une incision verticale profonde passant en dehors du muscle droit. Bull. de la soc. de l'internat des hôp. de Paris. Jahrg. 10. Nr. 8. p. 226.
114. Le Jemtel, Occlusion intestinale tardive par calcul appendiculaire. Intervention. Guérison. Année méd. de Caen. Jahrg. 38. Nr. 8. p. 396—401.
115. *Jores, Zur Frage der metastatischen Appendizitis. Verhandl. d. Deutsch. path. Ges. 16. Tag. Marburg, 31. März. bis 2 April. p. 197—198.
116. *Kaefer, N., Appendectomia subserosa. Zu dem gleichnamigen Aufsatz von Franz Derganc. Krankenh. „Rotes Kreuz" f. Fabrikarbeiter, Odessa. Zentralbl. f. Chir. Bd. 40. p. 506—507.
117. *Kelly, D., A case in which round worms caused symptoms leading to a diagnosis of appendicitis. Austral. med. Gaz. Vol. 33. Nr. 25. p. 594—595.
118. *Kelly, Robert E., Cases simulating appendicitis. Liverpool med.-chir. Journ. Vol. 33. Nr. 64. p. 436—448.
119. *Kennedy, J. W., Removal of mucocele of appendix. New York med. Journ. Vol. 97. p. 602.
120. *Kirmisson, Règles générales de traitement de l'appendicite. Hôp. des enf.-mal. Péd.prat. Jahrg. 11. Nr. 4. p. 57—62. (Kindliche Appendizitis.)
121. *Kostanecki, K., Zur vergleichenden Morphologie des Blinddarms unter Berücksichtigung seines Verhältnisses zum Bauchfell. T. 1. Anat. Hefte. Abt. 1. Bd. 48. Heft 3. p. 309—388.
122. *Krecke, A., Über chronische Appendizitis. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 572—577.
123. *Krüger, Operative Mobilisierung des Cökum bei Appendektomie, sowie Bemerkungen zu dem Artikel Kofmanns: Über die Ausschaltung des Wurmfortsatzes. Zentralbl. f. Chir. Bd. 40. p. 85—87.
124. *Lapenta, Vincent Anthony, An unusual case of appendicitis (retrocecal) associated with rare anatomical anomalies. Med. Rec. Vol. 84. Nr. 14. p. 620.
125. *Lapeyre, L. N., Appendicite chronique et ovaires sclérokystiques. Arch. mens. d'obst. et de gyn. Tome 2. p. 230—246.
126. Lastotschkin, J. P., Zur Frage der intraabdominalen Verwachsungen bei Appendizitis auf Grund von 100 Fällen. Landschaftskrankenh. Wologodsk. Chirurgia. Bd. 33. p. 543—569. (Russisch.)
127. — S., Komplikation einer Appendizitis durch Abszesse in der Leber. Landschaftshosp. Wologda. Sibirische Ärztezeitg. Jahrg. 6. Heft 13. p. 146—148. (Russisch.)
128. Law, Arthur A., Primary inflammatory tumors of the cecum. Journ.-Lancet. Vol. 33. Nr. 20. p. 577.
129. Legge, Robert T., Some observations on symptoms and treatment of suppurative appendicitis. California State Journ. of Med. Vol. 11. Nr. 3. p. 124—125.

130. *Lereboullet, Pierre, Appendicite chronique et tuberculose chez l'enfant. Rev. franç. de méd. et de chir. Bd. 10. p. 19—22.
131. *Lindemann, G., Die chronische Blinddarm- und Dickdarmentzündung. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 74. Heft 1. p. 219—225.
132. Lohse, John Louis, Two cases of appendicitis with certain postoperative complications. California State Journ. of Med. Vol. 14. Nr. 3. p. 112—114.
133. *Longard, C., Beitrag zur Behandlung der akut eitrigen Appendizitis. Bericht über eine zusammenhängende Serie von 100 Fällen. Arch. f. klin. Chir. Bd. 101. Heft 1. p. 123—138.
134. *Lorrain, J., L'appendicite dans le tout jeune âge. Journ. de méd. et de chir. Montreal. Jahrg. 8. Nr. 5. p. 189—191.
135. *Lott, H. S., Appendicitis in young women. Transact. of the Amer. Assoc. of Obst. and Gyn. 25. Ann. Meet. Providence, Rhode Island. Sept. 16—18. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 68. Nr. 5. p. 988—995.
136. *Maresch, Rudolf, Über den Lipoidgehalt der sog. Appendixkarzinome. Krankenanst. Rudolfstiftg., Wien. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 189—190.
137. *Markoff, W. S., Ein Fall von zystischer Erweiterung des Appendix mit multipler Divertikelbildung. Kreiskrankenh. zu Charkow. Charkowsky med. Journ. Jahrg. 8. Nr. 3. p. 211—216. (Russisch.)
138. *Martens, Max, Zur Technik der Epityphlitisoperation. Krankenh. Bethanien, Berlin. Deutsche med. Wochenschr. Jahrg. 39. Nr. 49. p. 2401.
139. *Matthews, A. A., Appendicitis due to foreign bodies. Northwest med. Vol. 5. Nr. 7. p 200.
140. *Maury, John M., Coecum mobile, chronic appendicitis and the pericolic membrane. Journ. of the Tennessee State Med. Assoc. Vol. 6. Nr. 5. p. 182—185.
141. Mayer, L., Réflexions à propos du diagnostic différentiel de l'appendicite. Journ. méd. de Bruxelles. Tome 18. p. 11—16. (Zusammenfassung.)
142. *Melchior, Eduard, Über Spätabszesse nach Appendizitis. Chir. Klin. Breslau. Berl. klin. Wochenschr. Jahrg. 50. Nr. 41. p. 1887—1889.
143. *Mériel, E., et Daunic, Kyste gélatineux de l'appendice. Pseudo-myxome du péritoine. Toulouse méd. Jahrg. 15. Nr. 13. p. 217—220.
144. *Merrem, Appendizitis und Paratyphus B. Kgl. Garnisonlaz., Königsberg i. Pr. Deutsche med. Wochenschr. Jahrg. 39. Nr. 15. p. 690—692.
145. *Meyer, Oswald, Zur Kasuistik der Epityphlitis bei Scharlach, sowie der wiederholten Scharlacherkrankung. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 488—492.
146. *Meyer, Willy, Giant mucocele of the appendix; resection of caecum; ileocolostomy. Transact. of the New York Surg. Soc. State Meet. 13. Nov. 1912. Ann. of Surg. Vol. 57. p. 271.
147. *Miloslavich, Eduard, Zur Kenntnis der Zylinderzellenkarzinome des Wurmfortsatzes. Landeskrankenanst. Brünn. Frankf. Zeitschr. f. Pathol. Bd. 13. Heft 1. p. 138 bis 153.
148. *Miraglia, Michele, Contributo alla patogenesi ed all' anatomia patologica dell' appendicite con speciale riduardo all' azione dei corpi estranei. Istit. di anat., patol., univ. Palermo. Ann. di clin. med. Jahrg. 4. Nr. 3. p. 419—443.
149. *Mueller, Arthur, Die Beziehungen zwischen Appendicitis chronica und den Erkrankungen der Ovarien und Tuben. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Jahrg. 10. Nr. 22. p. 683—688.
150. Müller, Carl Wilh., Über Morbus gelatinosus des Peritoneums bei Appendizitis. Charité, Berlin. Diss. Greifswald (Jul. Abel). (Literatur.)
151. *— Ernst, Über Karzinoide des Wurmfortsatzes. Allg. Krankenh. St. Georg, Hamburg. Arch. f. klin. Chir. Bd. 101. Heft 1. p. 198—214.
152. *Nagoya, C., Über die Drüsen und Follikel des Wurmfortsatzes. Pathol. Inst., Univ. Bonn. Frankf. Zeitschr. f. Pathol. Bd. 14. Heft 1. p. 106—125.
153. *Neugebauer, Friedrich, Über die Ausschaltung des Wurmfortsatzes. Zu dem Aufsatz von S. Kofmann. Zentralbl. f. Chir. Bd. 40. p. 87—88.
154. Norrlin, L., Etwas über Wurmfortsatz und Appendizitis im Bruchsack und über Appendektomie bei der Radikaloperation von Leisten- und Schenkelhernien. Das Allgem. und Sahlgrensche Krankenhaus in Gotenburg. Hygiea. Bd. 75. Heft 4. p. 379—392. (Schwedisch.)
155. *Obál, Franz, Primäre Typhlitis. Chir. Univ.-Klinik, Budapest. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 84. Heft 1. p. 201—207.

156. *Ombrédanne, Traitement de l'appendicite. Ann. de méd. et chir. infant. Jahrg. 17. Nr. 13. p. 438—439. Péd. prat. Jahrg. 11. Nr. 20. p. 365—366. (Durch Appendektomie kann ein Umschwung zum Günstigen im Gesundheitszustand zurückgebliebener Kinder erzielt werden.)
157. *— Riche, J. L. Faure et Broca, Traitement de l'appendicite. Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris. Tome 39. Nr. 28. p. 1202—1212.
158. *Outland, John H., A self-invaginating hemostatic stitch for the appendix stump. Journ. of the Missouri State Med. Assoc. Vol. 9. Nr. 10. p. 335—336.
159. Palmer, Frank A., Is appendicitis ever catarrhal? Med. Record. Vol. 84. Nr. 4. p. 139—146. (Nein!)
160. *Parkes, Charles H., A simple method of introducing the pursestring suture for covering the stump of the appendix. Journ. Am. med. Assoc. Vol. 60. p. 29.
161. *Pauchet, Victor, Les fausses appendicites chroniques. Clin. Paris. Jahrg. 8. Nr. 19. p. 296—298.
162. Péraire, Maurice, Des intoxications graves surajoutées à l'appendicite. Journ. de méd. interne. Jahrg. 17. Nr. 10. p. 93—95.
163. *La percussion de l'os iliaque dans l'appendicite. Sem. méd. Tome 33. p. 22—23.
164. *Philipowicz, J., Beitrag zur Diagnostik der Appendizitis im höheren Alter. I. chir. Klinik, Wien. Wiener klin. Wochenschr. Jahrg. 26. Nr. 52. p. 2121—2127.
165. *Piper, J. E., A case of acute primary typhlitis. Austral. med. Journ. Vol. 2. Nr. 96. p. 1041—1042.
166. Podevin, Paul, et Henri Dufour, Appendicite chronique à gauche. Inversion totale des organes: coeur à droite, foie à gauche, estomac à droite, caecum et appendice à gauche. Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris. Tome 35. p. 215 bis 217.
167. Pohl, W., Ein eigentümlicher Befund in der Appendix. Städt. Diakonissenanst., Bromberg. u. kgl. hyg. Inst., Posen. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 126. Heft 1/2. p. 201—210.
168. *Pollag, Siegmund, Zur Ätiologie der Appendizitis. Münchn. med. Wochenschr. Jahrg. 60. Nr. 38. p. 2119—2120.
169. *Quervain, F. de, Die Behandlung der akuten Appendizitis auf Grund einer schweizerischen Sammelstatistik. Erste Sitzg. der Schweiz. Ges. f. Chir. 8. März. Diskussion: Girard, Kocher, Stierlin, Brunner, Steinmann, Sauerbruch, v. Arx, Roux. Korresp.-Bl. f. Schweiz. Ärzte. Jahrg. 43. Nr. 49. p. 1609—1656.
170. *— Des erreurs de diagnostic dans l'appendicite. Rev. méd. de la Suisse Romande. Jahrg. 33. Nr. 7. p. 513—524.
171. *Quimby, A. J., Differential diagnosis of the appendix by aid of the Roentgenray. New York med. Journ. Vol. 98. Nr. 15. p. 697—705.
172. Quiserne, Pierre, A propos de la phlébite dans l'appendicite (étude anatomopathologique et pathogénique). Année méd. Jahrg. 37. Nr. 5. p. 221—229.
173. *Rauchenbichler, Rudolf v., Appendektomie oder Ausschaltung? Chir. Univ.-Klin., Innsbruck. Zentralbl. f. Chir. Jahrg. 40. Nr. 27. p. 1068—1070.
174. *Reder, Francis, A sign of diagnostic value in obscure cases of chronic appendicitis elicited by rectal palpation. Internat. Clin. Vol. 23. Heft 1. p. 13—17.
175. *Redwitz, Erich Frhr. v., Über die Gefässveränderungen am erkrankten Wurmfortsatz. Ein Beitrag zur Frage der Colica appendicularis. Chir. Klin. u. path. Inst., Würzburg. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 87. Heft 2. p. 477—538.
176. *Reiche, F., Erkrankungen der Appendix (in einem Falle mit anschliessender Pylephlebitis) nach Diphtherie. Allg. Krankenh., Hamburg-Eppendorf. Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 27. Heft 2. p. 250—256.
177. *Retzlaff, O., Über Fremdkörper des Darmes und Wurmfortsatzes. Krankenanst., Magdeburg-Sudenburg. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 83. p. 46—55.
178. *Rheindorf, A., Über die durch die Oxyuris vermicularis hervorgerufenen pathologisch-anatomischen Veränderungen in der Wand des Wurmfortsatzes, nebst Betrachtungen über die Genese und das Vorkommen der Appendizitis. St. Hedwigs-Krankenhaus, Berlin. Frankf. Zeitschr. f. Pathol. Bd. 14. Heft 2. p. 212—266.
179. *— Über das Vorkommen der Oxyuris vermicularis im erkrankten exstirpierten Wurmfortsatze des Erwachsenen. St. Hedwigs-Krankenh., Berlin. Med. Klinik. Jahrg. 9. Nr. 16. p. 623—628.
180. *— Die Wurmfortsatzentzündung ex oxyure. St. Hedwigs-Krankenh., Berlin. Med. Klin. Bd. 9. p. 53—57, 96—99. 133—136 u. 177—178.

181. *Rjesanoff, M., Zur Frage der klinischen Bedeutung der Palpation des Processus vermiformis. Med. Obosr. (Med. Rundschau). Bd. 80. Heft 12. p. 61—73. (Russ.)
182. *Robineau, M., Du choix de l'incision dans les opérations pour appendicite. (Über die Wahl des Einschnittes bei Appendizitisoperationen.) Journ. de méd. de Paris. Tome 33. p. 183.
183. *Robinson, R., Sur la physiologie de l'appendice coecal. L'hormone du vermium. Compt. rend. hebdom. des séances de l'acad. des scienc. Tome 157. Nr. 18. p. 790—793.
184. *Rochard et Stern, Appendicite claudicante ou coxopathie? Presse méd. Jahrg. 21. Nr. 83. p. 827—829.
185. *Rogg, Franz Alfons, Karzinom und Karzinoid der Appendix. Pathol. Inst., Univ. Rostock. Zeitschr. f. Krebsforsch. Bd. 13. Heft 1. p. 12—41.
186. *Rossiter, P. S., An unusual combination of conditions producing appendicitis. Journ. of the Amer. med. Assoc. Vol. 61. Nr. 25. p. 2240—2241.
187. Roux, C., A propos de l'appendicite aigue. Schweiz. Rundschau f. Med. Bd. 14. Nr. 4. p. 123—127.
188. *Samoilo, W., A., Die Verschiebung des Arnethschen Blutbildes nach links bei chronischer Appendizitis. Sokolnik-Krankenh., Moskau. Chirurgia. Bd. 33. p. 200 bis 213. (Russisch.)
189. Sasse, A., Eingeklemmter Wurmfortsatz-Schlingenbruch, ein Beitrag zur Ätiologie der Appendizitis. Chir.-gyn. Klin. von Dr. H. Michaelis, Cottbus. Deutsche med. Wochenschr. Jahrg. 39. Nr. 20. p. 936—938.
190. *Savariaud, Le diagnostic précoce de l'appendicite aiguë chez l'enfant. Journ. de méd. de Paris. Jahrg. 33. Nr. 32. p. 633—635.
191. — Prognostic et traitement de l'appendicite aiguë au début de la crise. Rev. internat. de méd. et de chir. Jahrg. 24. Nr. 10. p. 153—155.
192. *Schnitzler, Julius, Tuberkulose und Appendizitis. Krankenh. Wieden, Wien. Med. Klin. Jahrg. 9. Nr. 38. p. 1538—1539. Nr. 39. p. 1584—1586.
193. Schultz, Wilhelm, Thrombophlebitis nach Perityphlitis. Pathol. Inst., Greifswald. Diss. Greifswald (E. Panzig).
194. *Schultze, Walter, Die heutige Bewertung der Blutuntersuchungen bei der Appendizitis bzw. freien fortschreitenden appendizitischen Peritonitis. Krankenh. Moabit, Berlin. Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 26. Heft 1. p. 61—81.
195. *Schwabe, Beitrag zur Frage der traumatischen Appendizitis. Zeitschr. f. Versicherungsmed. Jahrg. 6. Heft 8. p. 225—228.
196. Schwartz, Anselme, Traitement de la crise d'appendicite aiguë. Paris méd. Nr. 29. p. 71—73. (Für Eisbeutel, Operation im Intervall!)
197. *Schwarz, Emil, Zur Ätiologie und Histogenese des primären Wurmfortsatzkrebses. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 124. Heft 5/6. p. 495—506.
198. *Scudder, Charles L., and Harry W. Goodall, Does appendectomy always relieve symptoms? An analysis of results years after operation in 640 cases of appendectomy. Publ. of the Massachusetts gen. hosp. Vol. 4. Nr. 1. p. 29—36.
199. *Sherrill, J. Garland, Appendicitis in children. Ped. Vol. 25. Nr. 7. p. 433—437.
200. *Simpson, G. C. E., On appendicitis in children. Brit. Journ. of Childr. Dis. Vol. 10. Nr. 117. p. 400—405.
201. *Singer, Gustav, und Guido Holzknecht, Radiologische Anhaltspunkte zur Diagnose der chronischen Appendizitis. Krankenh. Rudolfstift. u. allg. Krankenh. Wien. Münchn. med. Wochenschr. Jahrg. 60. Nr. 48. p. 2659—2664.
202. *Smith, F. H., The pathology and diagnosis of appendicitis. Virginia Med. Semi-Month. Vol. 18. Nr. 8. p. 188—192.
203. *Solieri, Sante, Über die hyperazide Gastropathie appendizitischen Ursprungs. Krankenh., Forli. Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 26. Heft 5. p. 806—810.
204. — Su la gastropatia iperacida di origine appendicolare. Osp. civ. di Forli. Riv. osp. Vol. 3. Nr. 10. p. 425—428.
205. — Sur la douleur épigastrique dans l'appendicitis. Hôp. de Forli. Rev. de chir. Jahrg. 33. Nr. 4. p. 555—562.
206. *Some novel views of the origin of appendicitis. Canad. Journ. of Med. and Surg. Vol. 33. Nr. 6. p. 397—400.
207. *Sonnenburg, E., Zu dem Aufsatze Kofmanns: Über die Ausschaltung des Wurmfortsatzes. Zentralbl. f. Chir. Jahrg. 40. Nr. 35. p. 1364.
208. *— Die Appendizitis einst und jetzt. Berl. klin. Wochenschr. Jahrg. 50. Nr. 50. p. 2313 bis 2316.

209. *Sonnenburg, E., Pathologie und Therapie der Perityphlitis (Appendizitis). 7. umgearb. Aufl. Leipzig, Vogel.
210. *Sorge, Beitrag zur Rizinusbehandlung der Blinddarmentzündung. Rotes Kreuz, Kassel. Therap. Monatsh. Bd. 27. p. 185—189.
211. *— Über Nachbehandlung bei Appendizitisoperationen. Rotes Kreuzkrankenh., Kassel. Berl. klin. Wochenschr. Jahrg. 50. Nr. 32. p. 1484—1487.
212. *Spoliansky, M., Appendizitis in der Schwangerschaft. Diss. München.
213. *Ssobolew, L. W., Zur Frage über die Folgen der Unterbindung des Wurmfortsatzes beim Kaninchen. Arch. f. mikr. Anat. Bd. 81. p. 377—380.
214. *Stedmann, H., Chronic appendicitis. Practitioner. Vol. 91. Nr. 4. p. 571—573.
215. *Steinmann, Fr., Ausschaltung des Wurmfortsatzes. Zentralbl. f. Chir. Bd. 40. p. 423—424.
216. *Stern, Heinrich, Atony of the cecum (Typhlatonia). Arch. of Diagn. Vol. 6. p. 9—15.
217. *— Zur Diagnose der Blinddarmerschlaffung. Deutsche med. Wochenschr. Jahrg. 39. Nr. 27. p. 1305.
218. *Teass, C. J., Some conclusions regarding the present knowledge of vermiform appendix. California State Journ. of Med. Vol. 11. Nr. 4. p. 164—167.
219. Tholy, L'appendicite gauche. Thèse Paris.
220. *Tiesenhausen, M. Baron, Zur Kasuistik heterologischer Kankroide des Blinddarmes. (Altes Stadtkrankenhaus u. pathol.-anat. Inst. d. Univ. Odessa. Med. Obosr. Jahrg. 40. Bd. 79. Nr. 7. p. 616—622. (Russisch.)
221. Tichomiroff, I. A., Zur Frage der entzündlichen Divertikel des Wurmfortsatzes. Elisabethkrankenh. d. Roten Kreuzes in Warschau. Wratsch. Gaz. Jahrg. 20. Heft 17. p. 613—615. Heft 18. p. 650—653. (Russisch.)
222. Todd, R. S., Enever, Burton Bradley and C. H. Shearman, A fatal case of appendicitis complicated by spreading cellulitis of obscure clinical and bacteriological nature. Austral. med. Gaz. Vol. 33. Nr. 14. p. 300—301.
223. *Ulrichs, B., Ein Beitrag zur Röntgendiagnose der Perityphlitis. Städt. Krankenh., Finsterwalde N.-L. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 21. Heft 2. p. 205—206.
224. *Vecchi, Arnaldo, Über Schleimaustritt aus dem Wurmfortsatz, Schleimpseudozysten in der Mesoappendix. Chir. Klin., Univ. Turin. Zentralbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. Bd. 24. p. 52—59.
225. Wagner, Jerome, An appendix free in the abdominal cavity without suppurative peritonitis. Med. Record. Vol. 84. Nr. 8. p. 339—340.
226. Wagner, Zur Förderung der Frühoperation bei Perityphlitis. Allg. Krankenh. Lübeck. Med. Klin. Bd. 9. p. 450—453.
227. Walker, Edwin, The diagnosis and treatment of açute appendicitis. Lancet-Clin. Vol. 109. Nr. 23. p. 629—633.
228. *Weaver, Ben Perley, Tuberculosis of the appendix. Journ. of the Indiana State Med. Assoc. Vol. 6. Nr. 10. p. 449—452.
229. *Werner, N. L., Some very acute cases of appendicitis in childhood. Journ.-Lancet. Vol. 33. Nr. 8. p. 231—233.
230. Wiegels, Wilhelm, Ileus und Appendizitis. Chir. Privatklin. von Hofrat Krecke, München. Münchn. med. Wochenschr. Jahrg. 60. Nr. 30. p. 1644—1649.
231. *White, George R., Contracture of the psoas parvus muscle simulating appendicitis. Ann. of Surg. Vol. 58. p. 483—489.
232. Whitelocke, R. N. H. Anglin, A case simulating meningitis in which the symptoms were caused by the escape of thread-worms into the peritoneal cavity through a perforated appendix vermiformis. Brit. Journ. of Childr. Dis. Vol. 10. Nr. 115. p. 296—298.
233. *Whiteside, J. D., Appendicitis with symptoms of diseases of the urinary tract. Journ.-Lancet. Vol. 33. Nr. 1. p. 1—3.
234. Willems, W., Dermoidzyste zwischen den Blättern der Mesoappendix in ihrer differentialdiagnostischen Stellung zu appendizitischen Tumorbildungen. Chir. Klin., Königsberg i. Pr. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 86. Heft 1. p. 223—228.
235. *Willis, Murat, Observations on one thousand cases of appendicitis. Old Dominion Journ. of Med. and Surg. Vol. 17. Nr. 3. p. 119—128.
236. *Wilson, John M., and W. J. Blount, Appendizitis with lime water as a probable cause. Southern med. Journ. Vol. 6. Nr. 2. p. 129—130.

237. *Wolkowitsch, N. M., Über ein bisher nicht beschriebenes Symptom bei rezidivierender Appendizitis. Chir. Univ.-Klin. Prof. Wolkowitschs, Kijew. Kijewskija Universitetskija Iswestija. Ann. d. k. Univ. Kiew. Jahrg. 53. Nr. 5. p. 293—295. (Russisch.)
238. Wollin, H., Chronische Intussuszeption als Folge einer überstandenen Appendizitis. Kaiser Franz Josef-Kinderspit. Prager med. Wochenschr. Bd. 38. p. 5—7.
239. Woolling, R. H., Responsibility of the physician in the management of appendicitis. Virginia med. Semi-Mouth. Vol. 18. Nr. 8. p. 192—194.
240. *Zander, Paul, Kritische Rückschau über die Appendizitisfälle der drei letzten Jahre in der chirurgischen Universitätsklinik zu Halle a. S. Arch. f. klin. Chir. Bd. 102. Heft 4. p. 944—987.

An **zusammenfassenden Bearbeitungen** der Appendixerkrankungen brachte das Berichtsjahr die Monographien von Sonnenburg (209) in siebter umgearbeiteter Auflage und von Deaver (56) in vierter Auflage. Sonnenburgs persönliche Note, insbesondere die Verwertung des Blutbildes mit allen ihren Konsequenzen zieht sich klar und folgerichtig durch seine ganze Darstellung. Sie wird gekleidet in die stolzen Worte: „Wir verfügen heute über genügende Hilfsmittel, um Diagnose und Prognose zu stellen und die Fälle differenzieren zu können (um in den ersten Stadien des akuten Anfalls die prognostisch leichten von den ungünstigeren Fällen zu scheiden). Gerade in der Hinsicht unterstützen uns die biologischen Wissenschaften. Die richtige Verwertung des Blutbildes kann oft ausschlaggebend für unser Handeln sein, denn es zeigt uns die Virulenz der Infektion und die Beteiligung des Peritoneums im Einzelfalle an. Die Frühoperation kommt dabei völlig zu ihrem Recht, aber wir vermeiden unnötige Eingriffe.“ Und an anderer Stelle: „Solange bei der Appendicitis acuta das Peritoneum sich nicht beteiligt, die entzündliche, in diesem Falle meist katarrhalische Erkrankung sich im Innern der Appendix abspielt und nachweisbar an eine zu gleicher Zeit bestehende Enteritis oder Kolitis anschliesst, solange liegt kein Grund vor, diese Erkrankung nach anderen Grundsätzen zu behandeln als denjenigen der anderen Darmabschnitte, d. h. mit Abführmitteln.“ Nicht ganz so hoher Wertschätzung erfreut sich das Blutbild in der umfangreichen Monographie Deavers.

In übersichtlicher Art stellt Sonnenburg (208) die Fortschritte in der Appendizitisfrage in einer weiteren Arbeit zusammen.

Das überwiegende Interesse der Chirurgen und Experimentatoren hat sich von der allerdings immer noch reichlich bearbeiteten Klinik der Appendizitis abgewandt und versucht mehr die

Bedingungen zur Entstehung der Appendizitis

zu erforschen.

Kostanecki (121) gibt eine Darstellung der allmählichen Gestaltung des Blinddarms in der Wirbeltierreihe mit dem Endziel, eine Erklärung der bei den Säugetieren und dem Menschen bestehenden Verhältnisse zu liefern. Er legt dabei besonderen Nachdruck auf das Verhältnis des Cökums zum Bauchfell und zur Gefässversorgung. Er findet bei **Fischen,** sowie bei **Amphibien** den Blinddarm als eine kranialwärts gerichtete Vorbuchtung der dorsalen Wand des Anfangsstückes des Enddarms in die dorsale Mesenterialplatte, also ein **Coecum dorsale.** Da der Blinddarm sich in die Mesenterialplatte hinein entwickelt hat und ganz glatt gleichförmig von ihren beiden Peritonealblättern bedeckt wird, sind besondere Peritonealfalten nicht vorhanden. Zwischen diesen Blättern werden ihm Zweige aus dem Gebiete der Art. mesent. sup. zugeleitet, und von ihm Venen zum Anfangsteil der Pfortader abgeführt. Bei Reptilien und Vögeln finden sich Übergänge zur Form der Säugetiere. Bei der Mehrzahl der **Reptilien,** namentlich da, wo er grössere Dimensionen annimmt, ist er asymmetrisch nach rechts oder links stärker ausgebildet. Diese seitliche Verschiebung, die Ausbildung eines **Coecum laterale,** bietet die am meisten charakteristische Erscheinung in der Reptiliengruppe. Auch das lateral sich entwickelnde Cökum bleibt entweder in seinem ganzen Verlaufe in intermesenterialer Lage und wölbt nur das linke oder rechte Peritonealblatt des dorsalen Mesenteriums vor sich her oder es liegt wenigstens an seiner Abgangsstelle vom Dickdarm intermesenterial und hebt sich erst in seinem weiteren Verlaufe, meist erst mit seiner Spitze, von der Mesenterialplatte frei ab. Bei den **Vögeln** stellen die Blinddarmbildungen weitgehende Abweichungen dar, indem bei ihnen in der Regel paarige zum Teil zu gewaltigem Umfang auswachsende Blinddärme auftreten. Der Säugetierblinddarm erscheint als eine gegen den Mitteldarm gerichtete Vorbuchtung der ventralen Wand, also als ein Coecum ventrale, das durch drei typische Peritonealfalten (1. Vinculum ileo-coe-

cale, Analogon der Plica ileocoecalis, die die dorsale Mittellinie des Blinddarms mit der ventralen Seite des Ileums verbindet, 2. und 3. Plicae vasculosae mesenterico-coecalis dextra und sinistra, beiderseits des Vinculum) mit dem übrigen Darm und dem Gekröse in Verbindung steht.

Die **Physiologie** der Appendix wird von Corner (52) erörtert. Nach Corner ist in wissenschaftlicher Hinsicht die Funktion der Appendix unbestreitbar. Vom biologischen Standpunkte aus findet sich im Cökum der zweite grosse Halt für den Nahrungsbrei. Wie der Magen den Nahrungsbrei für den Dünndarm vorbereitet, so bereitet das Cökum ihn durch Wasserresorption für den Dickdarm vor. Dabei findet im Cökum eine ungeheure Vermehrung von Darmbakterien statt. Zum Schutz des Körpers gegen diese Bakterien ist dem Cökum ein grosses Vorratshaus mit lymphoidem Gewebe, eben die Appendix, zur Bereitung von „Leukozyten" hingesetzt. Im physiologischen Sinne ist also die Appendix nicht degeneriert, sondern als lymphoides Organ spezialisiert. Die Natur bedient sich eines verschwindenden Organes und stattet es mit der sekundären Funktion des Körperschutzes durch Lymphozytenlieferung aus. Auch die ontogenetische und phylogenetische Betrachtung bestätigt diesen Standpunkt. Ontogenetisch ist die Appendix als differenziertes Ende des Cökum anzusehen. Bei gewissen Tierklassen findet sich aber am Cökumende statt einer Appendix eine Anhäufung von lymphoidem Gewebe. Die Appendix stellt also, wo sie vorhanden ist, ein im Körperhaushalt notwendiges Organ dar. Im pathologischen Sinne unterliegt das lymphoide Gewebe der Appendix wie die Tonsille fibrösen Involutionsvorgängen. Doch ist der Effekt der Involution bei der Appendix viel gefährlicher. Da mit der fibroiden Umwandlung die Entleerungsfähigkeit eingeschränkt wird oder aufhört und mit der Stauung des eingedickten und überaus bakterienreichen, nur unvollkommen mehr durch Lymphozyten gesäuberten Inhalts die fibroide Umwandlung gefördert wird, entwickelt sich ein Circulus vitiosus. Es entsteht die chronische Appendizitis, die durch Entleerung des gestauten und bakterienreichen Inhalts aus der zum Brutplatz gewordenen Appendix zu einer chronischen Typhlitis oder Kolitis führen kann.

Im gewissen Gegensatz dazu findet Ssobolew (213) als Hauptzweck der Appendix seine Beteiligung bei der Verdauung. In Fortsetzung früherer Arbeiten (Arch. f. mikr. Anat. 62, 1903) unterband Ssobolew bei fünf neugeborenen, noch nicht gesäugten Kaninchen den Wurmfortsatz und schloss ihn damit funktionell aus. Nach Tötung der Tiere nach Verlauf von 50 bis 572 Tagen nach der Unterbindung wurde festgestellt, dass der Darmkanal der operierten Tiere an Länge und Umfang den von Kontrolltieren aus demselben Wurf übertrifft. Die Erklärung dafür sucht Ssobolew in einer Herabsetzung der verdauenden Kraft des Darmkanals. Das Tier versucht diese Herabsetzung durch Fressen einer grösseren Menge von Nahrung zu kompensieren. Dies führt aber zur Vergrösserung der Darmschleimhautfläche und damit zu grösserer Flächenausdehnung des Darmrohres. Im Bau der Darmwand, sowie in der Zahl und Grösse der lymphatischen Bildungen wurden Unterschiede nicht bemerkt.

Robinson (183) findet im Wurmfortsatz ein die Dickdarmperistaltik regulierendes Hormon.

Nagoyas (152) Untersuchungen ergeben, dass die Drüsen des Wurmfortsatzes etwa im 20. Lebensjahr am zahlreichsten sind, um sich später zurückzubilden, dass die Lymphfollikel schon eher, etwa im 10.—20. Lebensjahr ihre grösste Zahl erreichen.

Demgemäss spricht das Canad. journ. of med. a. surg. (206) dem Wurmfortsatz als Hauptzweck die Eliminierung von Mikroben zu. Sie liess sich experimentell prompter und regelmässiger feststellen als Ausscheidung von Mikroben mit der Galle und in den Nieren. Es folgt daraus, dass die Appendizitis als Infektionskrankheit zu betrachten ist. Dass sie sich bei den verschiedenen Infektionskrankheiten beteiligt, wird durch Beispiele belegt.

Im Gegensatz hierzu steht Heiles (97) experimentell begründete Auffassung: Im Verlaufe der Entzündungen im Blinddarmanhang sind die verschiedenartigsten Prozesse, bakterielle und mechanische, nachzuweisen. Es bleibt aber zuletzt die wichtigste Frage ungelöst, welcher von den sicher vorhandenen Prozessen die Entzündung ausgelöst hat. Der Nachweis von Bakterien auch im allerersten Stadium der Entzündung hat uns in der Klärung der Ätiologie nicht weiter gebracht. Wenn auch für die Auslösung der Entzündung Bakterien als letzte Ursache anzurechnen sind, so liegen in mechanischen Zuständen sehr wesentliche Mitursachen. Zu experimentellen Arbeiten über die Entstehung der Appendizitis eignet sich der Wurmfortsatz des Hundes, der in manchen wesentlichen Punkten dem des Menschen parallel gestellt werden kann. Aus solchen Experimenten am Hunde ergibt sich, dass ein völlig gesunder Blinddarmanhang durch Abschluss vom übrigen Darm dann eine

destruierende Wandzerstörung erleidet mit Peritonitis und Tod des Tieres, wenn der an Ort und Stelle vorhandene, bis dahin gänzlich unschädliche Kot zur Verhaltung kommt. Der normale Darminhalt bekommt durch den Abschluss Eigenschaften, die ihn infektiös machen. Statt des Darminhalts genügt auch käufliche Fleischwurst, die, in den leeren, mit Paraffin abgeschlossenen Blinddarmanhang gespritzt, fortschreitende destruierende Entzündung der gesunden Darmwand setzt. Aus allem folgt, dass die fortschreitenden destruierenden Entzündungen des Blinddarmanhanges mit sekundärer Peritonitis ursächlich ausgelöst werden von Einwirkungen toxischer Substanzen, die durch Verhaltung des Inhalts im Lumen des Blinddarmanhanges zur Entwickelung gelangen. Bei der Entstehung der Toxine sind beteiligt einerseits mannigfache Bakterienarten, die an sich nicht pathogen sind, andererseits die Umsetzung des Nährbodens der Bakterien. **Die destruierende Entzündung des Blinddarmanhanges ist also keine Infektionserkrankung.** Hiermit stimmt überein, dass sich bei ihr niemals Bakterien im Blute und niemals eigentliche metastatische Eiterungen finden. Alle prophylaktischen Massnahmen müssen davon ausgehen, dass die Entzündung Folge einer Intoxikation ist. Es kommt nicht nur darauf an, zu vermeiden, dass etwas verhalten wird, sondern auch zu beeinflussen, was verhalten wird. Am gefährlichsten ist unvollständig abgebautes Eiweiss, wie es beim Wechsel von Durchfall und Verstopfung zum Anhang vordringen kann.

Auch aus den Untersuchungen Isabolinskis (109) über die Art der Erreger (in 50 Fällen 43 mal Bacterium Coli, 21 mal Staphylococcus albus, 15 mal Staphylococcus aureus, 6 mal Diphococcus Fränkel, 7 malStreptococcus, 2 mal Tuberkelbazillen) folgt nur dass **bakteriologisch eine einheitliche Ätiologie nicht besteht.**

Colley (51) sucht in der Erblichkeit das Hauptmoment für die Entstehung der Appendizitis und sieht es im einzelnen in der Blutversorgung, Verlagerung und Knickung und in ungenügender Innervation.

v. Redwitz (175) vermag dagegen der Gefässanordnung eine wesentliche Rolle für die pathologisch anatomischen Vorgänge im Wurmfortsatz nicht zuzuerkennen. Sie habe zwar einen gewissen Einfluss beim Zustandekommen der Gangräne, aber nicht in höherem Masse als in jedem anderen Organ, das von einer phlegmonösen Entzündung befallen wird. Im allgemeinen sind die Gefässveränderungen Begleiterkrankungen und spielen auch beim Zustandekommen der Obliteration des Wurmfortsatzes keine ursächliche Rolle.

Über Erkrankungen des Wurmfortsatzes bei **Mandelentzündung** berichtet Braeunig (34), bei **Scharlach** Oswald Meyer (145) und Jores (115), bei **Diphtherie** Reiche (176). Eine auf einen Reizzustand am Wurmfortsatz deutende, gewöhnlich kurz dauernde und ohne weitere Zeichen einhergehende unscheinbare Schmerzhaftigkeit und Druckempfindlichkeit in der Regio ileocoecalis gehört bei Diphtheriekranken und -Rekonvaleszenten nicht zu den Seltenheiten. Demgegenüber beobachtete Reiche bei den Diphtherieepidemien der letzten Jahre von 7015 Kranken in 19 Fällen (2,7 auf tausend) ausgeprägte Entzündungserscheinungen an der Appendix mit erhöhten subjektiven Klagen, lebhaftem lokalem Druckschmerz, stärkerer Défence musculaire und Erhebungen der Körperwärme, die bald nur 38,4 oder 38,6 bald 40° und als grösste Höhe 40,4° erreichten und meist von Erbrechen eingeleitet, vereinzelt auch begleitet waren. Der Zusammenhang der Appendizitis mit der vorhergehenden Rachenaffektion muss angenommen werden; mag auch der festgestellte Prozentsatz von rund $2^1/_2{}^0/_{00}$ an sich gering sein; überzeugend ist die Tatsache einer solchen Häufung in einem Beobachtungskreise, wo während der Krankenhausbeobachtung sich ausbildende akute erstmalige Perityphlitiden auf den anderen Abteilungen im Anschluss an die Gesamtheit anderer Erkrankungen zu den grössten Seltenheiten gehören.

O. Meyer (145) nimmt ätiologisch für die bei akuten Infektionskrankheiten auftretenden Epityphlitissymptome eine Infektion des gesamten lymphatischen Apparats und damit auch des Wurmfortsatzes an. Braeunig (34) sieht in der segmentären Anordnung der Wurmfortsatzschädigung eine Stütze für die Annahme einer auf **hämatogenem** Wege erfolgenden Infektion.

Weniger zahlreich sind die Beobachtungen von Infektion auf **enterogenem** Wege. Merrem (144) sah einen Fall von **Paratyphus B.** als schwere gangränöse Appendizitis einsetzen. Benjamin (19) sucht einen Hauptgrund späterer Appendizitis in öfteren **Kolitiden** in der Kindheit und empfiehlt gründliche Heilung der Dickdarmerkrankung durch Ernährung, Kleidung und Gymnastik. Caillon (42) bringt die Blinddarmentzündung mit dem **Weisheitszahn** in Zusammenhang.

Daniel (54) und Schwabe (195) glauben je einen Fall von Appendicitis auf ein Trauma zurückführen zu müssen (Fusstritt gegen die rechte Fossa iliaca und Heben eines Strohballens).

In sorgfältigen Reihenuntersuchungen setzt Rheindorf (178, 179 und 180) zum Teil an lebenswarm entnommenem Operationsmaterial seine Untersuchungen über die **Oxyuren** als Ursache der Wurmfortsatzentzündung fort und kommt zu dem Schluss, dass ihnen eine viel grössere Rolle zukommt, als besonders im gegnerischen Lager — Aschoff (7) und Hueck (103) — zugegeben wird. Nach einem Leitartikel des Edinburgh med. Journ. (108) verursachen Askariden in erster Linie akute, Oxyuren und Trichozephalen chronische Formen von Wurmfortsatzentzündung. Garin (77) sah einen Fall von Oxyurenappendizitis, Pollag (168) einen Fall von Appendizitis, die er auf eine Kette von Taenia solium-Gliedern im Wurm zurückführt. Dem letzten Fall ist eine Beobachtung von Retzlaff (177) ähnlich.

Mitteilungen über Fremdkörper in der Appendix verdanken wir Retzlaff (177): Stecknadel, Chifoliau und Sébillote (48): ebenfalls Stecknadel, Matthews (139): Stecknadel und Apfelkern, Wilson and Blount (235): kalkhaltige Kotsteine, Rossiter (186): Hühnerfeder, fest eingekeilt, die Spule zur Spitze des Wurmfortsatzes. Miraglia (148) konnte experimentell beim Hunde durch Fremdkörper eine Entzündung des Wurmfortsatzes nicht erreichen.

Als

diagnostisches Hilfsmittel

wird in einem Redaktionsartikel der Sem. méd. (163) die **Perkussion des Hüftbeins** empfohlen. Sie wird vorn und hinten vorgenommen. Die Perkussion, **vorn** über dem vorderen, oberen Hüftbeinstachel und den ersten 3—4 cm des Hüftbeinkammes, mittelst kurzer Stösse mit einem Finger ausgeführt, gibt hellen, sonoren Schall. Bei Schallabschwächung liegt ein Erguss im Gebiet der Beckenschaufel vor. Es kann sich um Appendizitis, Psoitis, paranephritischen Abszess, kalten Abszess oder Hämatom handeln. Adnexitis ergibt an den erwähnten Punkten niemals Dämpfung. Die hintere Perkussion ist nicht ganz so einfach. Zu ihrer Ausführung wird das Plessimeter empfohlen. Über der Tuberositas ossis sacri und dem benachbarten Hüftbein ist der Schall hell oder auch tympanitisch. Zwischen den beiden Zonen mit hellem Schall liegt über dem Kreuzbeinkörper eine viereckige Zone, die Dämpfung ergibt. Dämpfung der rechten hellen Zone zeigt Verwachsungen, Tumorbildungen oder Exsudate in der Cökumgegend an. Besonders nach der Appendektomie kann das Zeichen diagnostisch wertvoll sein. Als Zeichen **rezidivierender** Appendizitis fand Wolkowitsch (236) eine **Erschlaffung der Bauchwand über der rechten Fossa ileocoecalis** gegenüber der linken.

Für **chronische** Appendicitis spricht nach Aaron (1) auf längere Zeit ausgeübten, stärkeren Druck am Mc Burneyschen Punkt im Epigastrium gefühlter Schmerz und Unbehagen, das mit Aufhören des Drucks verschwindet. Der hoch in den Mastdarm vorgeschobene Finger erregt bei chronischer Appendicitis nach Reder (174) bei leichtem Druck gegen die rechte Fossa iliaca Schmerzen. Hertz (99) erblickt in dem von Bastedo angegebenen Phänomen, das ist Erzeugung von Schmerz in der rechten Unterbauchgegend bei Aufblähung des Kolon, ein sicheres Zeichen für chronische Appendizitis. Bassler (13) empfiehlt, bei resultatlosem Druck auf den Mc Burneyschen Punkt die Lage des meist gasgefüllten Cökum durch Perkussion festzustellen und dann die Gegend der Appendix gegen den M. iliacus zu drücken.

Ein normaler Wurmfortsatz kann nach Bjalokur (26) **nicht getastet** werden. Auch bei entzündetem Wurm fand Rjesanoff (181) nur in 15°/₀ eine Übereinstimmung des vor der Operation angegebenen palpatorischen Befundes mit der bei der operativen Autopsie festgestellten Lage.

Nach Cohn (50) wird der **Schatten der Appendix** röntgenologisch 7—8 Stunden nach der Wismutmahlzeit, zuweilen erst am Tage nach der Mahlzeit erkannt, während im Cökum die Wismutschatten oft schon nach vier Stunden nachweisbar sind. Die Füllung erfolgt durch rückläufige Bewegung des Cökums. Veränderungen in der Lage des Organes und seine verschiedenen Formen sind zu erkennen. Konstant nachweisbare, abnorme Konfiguration kann durch Adhäsionen bedingt sein. Einschnürungen ähnlich der haustralen Segmentation des Cökums sind physiologisch. Übereinstimmung der röntgenologisch festgestellten Lage der Appendix mit einem Schmerzpunkt spricht in zweifelhaften Fällen nach Singer und Holzknecht (201) und nach Gourcerol (81) für Appendicitis. Ulrichs (223) fand einen fremdkörpergefüllten Wurmfortsatz ohne Kontrastmahlzeit im Röntgenbild nachweisbar. Quimby (171) weist besonders auf die röntgenologisch nachweisbare, dem normalen Wurmfortsatz eigene Beweglichkeit hin. **Viel praktischer Wert kommt dem röntgenologischen Verfahren bei der Diagnose der Appendizitis trotz aller Bemühungen nicht zu** [siehe auch George (79), Groedel (85), Delbet (60)].

In der **Verschiebung des Blutbildes nach links im Zusammenhang mit der quantitativen Leukozytose** sieht Schultze (194) unter Berücksichtigung der sonstigen klinischen Erscheinungen ein wertvolles Prognostikum und ein wertvolles Mittel zur Rückschliessung auf die vorliegenden pathologisch-anatomischen Veränderungen. Ähnlich Samoilo (188), der in bemerkenswerten Untersuchungen eine Differenzierung der bestimmten Zeichen entsprechenden Veränderungen vornimmt, weiter Cazin (45) und Griess (84).

Diagnostische Irrtümer werden von de Quervain (170) und Kelly (118) besprochen. Im einzelnen bringt White (231) Mitteilungen über Verwechslung mit einer Psoaskontraktur, Whiteside (232) mit Erkrankungen der Harnorgane, Jackson (111) mit verkalkten Mesenterialdrüsen und Darmstrangulation, Brickner (37) mit Malaria, Borini (32) und Kelly (117) mit Spulwurmerkrankung. Carson (44) gibt differentialdiagnostische Winke an der Hand vielfältiger Kasuistik, Böhme (29) zur Unterscheidung gegen Pneumonie und Smith (202) gegen Ulcus ventriculi.

Mit der **Unterscheidung der Appendizitis von Adnexerkrankungen** beschäftigt sich Fonyó (71), Bogdánovitsch (30) und Lott (135). Nach Lott sind Kardinalsymptome in der Diagnose von Wurmfortsatzentzündung und Adnexerkrankungen Schmerz und Nausea. Der Schmerz bei Wurmfortsatzentzündung, mag er plötzlich oder allmählich einsetzen, ist konstant, mit geringem Nachlassen vielleicht, aber ununterbrochen anhaltend, begleitet von Nausea und oft von Erbrechen. Der Schmerz der Adnexe ist nicht beständig, sondern rhythmisch, aussetzend und austreibend (expulsive). Die Übelkeit entsteht beim Höhepunkt des Schmerzes und hält vielleicht an während des Schmerzintervalls. Ausserdem sind Morris' „Pair of points" zur Differentialdiagnose verwendbar. Ist tiefer Druck beiderseits des Nabels empfindlich, so deutet das Erkrankung der Tuben oder Ovarien an; ist nur der Druck an der rechten Seite schmerzhaft, so spricht das für Appendizitis.

Savariaud (190) und Boulanger (33) bringen Untersuchungen über **Appendizitisdiagnose bei Kindern.** Nach Boulanger sind die beiden wesentlichen Krankheitszeichen der Appendizitis im Kindesalter Erbrechen und Schmerzen, selten beides gleichzeitig. In mehr als der Hälfte der Fälle eröffnet das Erbrechen die Szene, meist nachts beginnend; oft geht Verstopfung voraus, schlechter Schlaf, Appetitlosigkeit, Unlust, dabei geringes Fieber. Nach wiederholtem Erbrechen scheint alles vorüber; die Nacht wird ruhig; doch am nächsten Morgen tritt mit höherem Fieber das Erbrechen wieder auf. In anderen Fällen ist der Schmerz das erste Zeichen. Er ist entweder zunächst gering, nach gänzlichem Aussetzen für einige Zeit zunehmend oder setzt überaus heftig bei voller Gesundheit in Schlaf oder auf dem Spaziergang ein, um unvermindert anzuhalten oder für kurze Zeit nachzulassen. Häufig begleitet von Bauchdeckenspannung, sitzt er zunächst an der ganzen rechten Bauchseite und im ganzen Unterbauch und lokalisiert sich erst am nächsten Tage in der rechten Hüftbeingrube. Der Schmerz am Mac Burneypunkt ist nicht selten daran zu erkennen, dass das schreiende Kind dem anhaltenden Druck der Hand auf die schmerzende Stelle sich zu entwinden sucht. Doch kann der Schmerz völlig fehlen. Die tastende Hand stellt gegebenenfalls auch Schwellung und Abszessbildung fest. Beim Sitz der Entzündung im kleinen Becken können Erektion, Blasentenesmen, Polakiurie, Harnretention, Tenesmen des Sphincter ani, Durchfälle oder schwere Verstopfung vorhanden sein.

Mit der Diagnostik der Wurmfortsatzentzündung **im höheren Alter** beschäftigt sich Philipovicz (164). Er sah seit dem Jahre 1905 in der I. chirurgischen Klinik in Wien unter 1080 Fällen von Appendizitis überhaupt 29 bei Kranken im Alter von über 50 Jahren, somit ein Prozentsatz von 2,7 $^0/_0$. Der älteste Kranke war 72 Jahre alt. Dem Geschlechte nach entfallen 15 Kranke auf das männliche, 14 auf das weibliche, somit beiderseits beinahe die gleiche Beteiligung. Am häufigsten (73 $^0/_0$) ist das Alter zwischen 50 und 60 Jahren betroffen. 15 Fälle, also beiläufig die Hälfte, konnten sicher diagnostiziert werden. Sie unterscheiden sich nicht von der Erkrankung in jüngeren Lebensjahren. Bei den übrigen traten Erbrechen, Ileussymptome bei mangelndem Lokalbefund und oft Apyrexie bei normaler Pulsfrequenz in den Vordergrund. Bei drei von diesen 14 Fällen wurde die Eventualität einer Appendizitis in Betracht gezogen, ohne dass mit Sicherheit eine Diagnose zu stellen war. Zwei davon verliefen akut und zeichneten sich durch eine erhöhte Bösartigkeit des Verlaufs aus. Bei elf Kranken täuschte der Verlauf andere Krankheiten vor: Die Appendix wurde gar nicht in den Bereich der Überlegung gezogen. Dreimal — in allen Fällen Frauen — handelte es sich um Appendicitis im Bruchsack. Inkarzeration der Appendix im Bruchsack ist im Alter, besonders bei Frauen, relativ häufig. Der Verlauf ist bei rechtzeitiger Operation relativ gutartig. Ein Fall täuschte einen malignen Tumor vor (pseudoneoplastische Form). Selbst der operative Befund bei der 57jährigen Kranken liess nicht mit Sicherheit entscheiden.

ob es sich um eine akute Entzündung einer maligne degenerierten Appendix oder um chronisch rezidivierende Perityphlitis handelte, bis die mikroskopische Untersuchung das erste ausschloss. Von den restlichen sieben Fällen erinnern die akuten an Ileus, die chronischen gaben zu Verwechlsungen mit Karzinomen des Magendarmkanals Anlass. (Verdacht auf Dickdarmkrebs, Volvulus, akute Pankreatitis, Magenkrebs.) Die Mortalität betrug 7 = 24,2%. Die Todesursache war bis auf ein Coma diabeticum stets Bauchfellentzündung.

Die

Klinik

der Appendizitis beschäftigt sich mit besonderen Krankheitsbildern und mit den Abweichungen des Verlaufs in verschiedenen Lebensaltern. Jackson (110) bearbeitet die **retrozökale Appendicitis**. In 20% der Fälle liegt der Wurmfortsatz retrocökal. Diese Lage modifiziert besonders die Erscheinungen von seiten des Peritoneums, die der Appendizitis in erster Linie das charakteristische Gepräge geben. Er unterscheidet vier verschiedene Typen der anatomischen Anordnung bei retrocökaler Lage. 1. Appendix liegt mit eigenem Mesenteriolum nach oben geschlagen hinten aussen vom Cökum — intraperitoneal. 2. Appendix, nur am vorderen Umfang mit Serosa bedeckt, liegt seitlich aussen vom Cökum unter dem parietalen Serosaüberzug — subperitoneal. 3. Appendix liegt unmittelbar am Kolon verlaufend mit dem Cökum in einem Peritonealüberzug — subperitoneal. 4. Appendix ist ohne unmittelbaren Peritonealüberzug vollständig hinter dem Kolon versteckt — retro- oder extraperitoneal. Die Bauchfellentzündung bei retrocökaler Wurmfortsatzlage kann sich schwer diagnostizierbar bis unter die Leber und um die Leber bis in die Pleura ausbreiten. Die anatomische Lage des Wurmfortsatzes bringt ferner die Möglichkeit von Phlegmonen des retroperitonealen Gewebes mit sich, die sich nach allen Seiten, z. B. um die Nieren, auf den Oberschenkel, oder die Wirbelsäule kreuzend, auf die gegenüberliegende Seite ausdehnen können. Nicht selten entstehen Leberabszesse auf dem Wege der Pfortader. Diagnostisch ist der frühe Rückgang von Schmerz, Spannung und Druckschmerz am Mac Burneyschen Punkte für die retrocökale Lage des Wurmes charakteristisch. Dabei tritt ein Schmerzpunkt weiter hinten in der Lendengegend auf. Blutbild und septische Symptome können beim Verschwinden der örtlichen Erscheinungen die retrocökale Eiterung anzeigen. Therapeutisch ist früher Eingriff, grosser, weit nach hinten reichender Schnitt und Drainage vom tiefsten Punkt aus durch Gegeneinschnitt in der Lendengegend erforderlich.

Appendizitis bei **Lage des Wurmfortsatzes im Becken** zeichnet sich nach Handley (93) durch Bösartigkeit und schnelles Fortschreiten der deletären Veränderungen am Wurmfortsatz aus. Die Perforation des Beckenwurmfortsatzes führt häufiger zu allgemeiner Peritonitis, als zum lokalisierten Abszess. Bei fünf von sieben Frühfällen (innerhalb der ersten 48 Stunden) war der Wurm entweder gangränös oder zum Platzen gefüllt. Die Darmwand ist an zwei Stellen entzündet und mehr oder weniger paralytisch: an den untersten Ileumschlingen etwa 1 m aufwärts der Einmündung ins Cökum und am Beckenteil der Flexur. In der Vorgeschichte sind oft plötzlich auftretende hypogastrische Schmerzen und zu frühes Einsetzen der länger dauernden und reichlicheren Regel charakteristisch. Im klinischen Verlauf lassen sich drei Stadien abgrenzen: 1. Unbestimmte hypogastrische Schmerzen, die ständig oder kolikartig auftreten und oft bei der Miktion zunehmen. Keine Muskelspannung. Rechte Darmbeingrube frei; Druckschmerz daselbst kann fehlen. 2. Anhebende Darmobstruktion führt meist zum Arzt. Bauch aufgetrieben. Keine Muskelspannung. Flatus gehen entweder gar nicht oder mit Mühe ab. Aufstossen, Erbrechen galliger Massen. Körperwärme oft gesteigert. Kein Zeichen für Peritonitis. Untersuchung von Mastdarm oder Scheide ergibt positiven Befund. 3. Eitrige diffuse oder multipel abszedierende Bauchfellentzündung. Bauchdecken besonders über der rechten Darmbeinschaufel hart, gespannt, unbeweglich. Zunge trocken. Abdominaler Gesichtsausdruck. Völlige Darmlähmung. Die Diagnose kann allein durch Fieberbewegungen mit Pulsbeschleunigung und kolikartigen hypogastrischen Schmerzen gegeben sein, besonders wenn Druckempfindlichkeit in der rechten Darmbeingrube dazukommt. Vermehrung der Schmerzen durch Einläufe stützt sie weiter. Bei Fällen mit umschriebenen Abszessen können die erwähnten Erscheinungen fehlen. Retrocökale Lage des Wurmfortsatzes kann ähnliche Erscheinungen machen, wenn der Eiter sich im Becken sammelt. Differentialdiagnostisch kommen Salpingitis und extrauterine Gravidität in Frage. Die Behandlung des ausgebildeten Anfalls muss die Darmobstruktion an beiden Stellen berücksichtigen. Enterostomie am Ileum oberhalb der gelähmten Schlingen und Resektion des entzündeten Ileum wird abgelehnt. Laterale Ileocökoanastomose ohne Ausschaltung des unteren Ileumteiles ist die Operation der Wahl und in Frühfällen innerhalb der ersten 48 Stunden in nahezu einem Drittel, bei späteren Operationen in mehr als

der Hälfte aller Fälle erforderlich. Die Obstruktion der Flexur verliert sich meist in etwa acht Tagen, wenn durch Cökostomie gegebenenfalls unter Benutzung der Einmündungsstelle des Wurmes ein Nelatonkatheter eingeführt und aussen mittelst Gummiröhren in antiseptische Flüssigkeit weitergeführt wird. Auf die Vornahme der Cökostomie neben der Enteroanastomose wird der grösste Wert gelegt. Von sieben hierhin gehörigen Frühfällen, bei denen zweimal in der erwähnten Weise vorgegangen werden musste, starb keiner, von acht Spätfällen fünf.

Der **Hydrops** des Wurmfortsatzes ist nach Duroux (67) entweder gleichmässig über den ganzen Wurm ausgedehnt, so dass der Wurm Ähnlichkeit mit einer Banane bekommt oder er hat als Hydrops bilocularis seinen Sitz an beiden Enden des Wurmes oder endlich er sitzt als monolocularis an der Basis oder an der Spitze. Die Zysten können durch gefensterte oder ungefensterte Scheidewände in mehrere Kammern geteilt werden. Der Inhalt, eine klare seromuköse Flüssigkeit, ist für den Hydrops appendicis charakteristisch. Die Wand der Zyste ist sehr dünn und besteht zumeist aus Resten der Muskularis, in denen sich spärliche Riesenzellen und wenige käsige Herde finden, ein Befund, der die tuberkulöse Entstehung des Hydrops erweist. Der Hydrops appendicis steht als atrophische Form der Tuberkulose der hypertrophischen Ileocökaltuberkulose gegenüber. Die Krankheit kann völlig latent bleiben, kann ohne wesentliche klinische Erscheinungen nur zu einem fühlbaren und druckschmerzhaften Tumor in der rechten Fossa iliaca führen, kann endlich unter dem Bilde meist mittelschwerer, sich in 2—3 Monaten wiederholender appendizitischer Anfälle verlaufen. Die Erkennung des Hydrops ist demnach schwer. Oft gehen tuberkulöse Erkrankungen anderer Organe voraus. Die Behandlung besteht in der Entfernung der Zyste von grossem Bauchschnitt aus unter sorgfältiger Vermeidung des Einreissens der zarten dünnen Wände.

Duvergey (68) verfolgt die durch die **Appendizitistoxine in der Harnstoffbildung gesetzten Ausfälle.** Die Leber ist anatomisch und physiologisch das erste Organ, das durch die Toxine der Appendizitis beeinflusst wird. Bei schweren Fällen von Appendizitis zeigte sich Hypoazoturie, der in der Rekonvaleszenz Hyperazoturie folgte, in subakuten Fällen wurde Hyperazoturie festgestellt, in leichten Fällen war die Harnstoffbildung nicht gestört. Die Harnstoffkurve der 24stündigen Harnmenge hat vor allem prognostischen Wert, insofern als Hypoazoturie schweren Verlauf anzeigt und damit zu schnellem Eingriff auffordert. Auch zur Diagnose kann die Bestimmung des Harnstoffs beitragen. Da die Entzündungsprodukte bei Erkrankungen der Beckenorgane erst mittelbar der Leber zugeführt werden, spricht Veränderung der Harnstoffwerte gegen Adnexerkrankungen (Normalwert etwa 20 g; Verminderung bis 5 und Vermehrung bis 50 g). Auch auf die glykogen- und gallebildende Fähigkeit der Leber wirken die Toxine der Appendizitis ein.

Bérard (21) glaubt einen Fall von **angeborenem Fehlen des Wurmfortsatzes** beobachtet zu haben.

Mitteilungen über die schwer diagnostizierbare und oft besonders schwer verlaufende Wurmfortsatzentzündung im **Kindesalter** liegen vor von Green (83), Lorrain (134), Simpson (200), Werner (229), Sherrill (199), Kirmisson (120) und Ombrédanne (157).

Mit der Appendizitis der **Frauen und den Beziehungen der Wurmfortsatzentzündung zu den Adnexen beschäftigen** sich ausser Fonyó (71) Bogdánowitsch (30) und Lott (135) (siehe unter Diagnose).

A. Müller (149) und Spoliansky (212) bringen Beobachtungen über Appendizitis in der **Schwangerschaft.** Hammer (91) und Füth (75) über Appendizitis im **Wochenbett.** Nach der Berliner Sammelforschung des Jahres 1907 beträgt die Gesamtmortalität der Appendizitis 5,8 %, die Mortalität der Appendizitis in graviditate 25,3 %, also mehr als das Vierfache. Füth forscht nach den Bedingungen, die diese ungünstigen Zahlen verursachen und findet: 1. Durch den graviden Uterus kann eine bedeutende Verschiebung des Cökums, und zwar unter Umständen schon von ganz frühen Monaten an herbeigeführt werden. Die praktische Bedeutung dieser Verschiebung für die Technik der Appendektomie in der Schwangerschaft liegt darin, dass der Lennandersche und selbst der Pararektalschnitt höchstens in den ersten Monaten am Platze sind, und dass der Eingriff viel leichter und infolgedessen für Mutter und Kind weniger gefährlich ist, wenn man namentlich bei vorgeschrittener Schwangerschaft den Schnitt möglichst weit lateralwärts, also wesentlich höher verlegt. 2. Da der gravide Uterus vom vierten Monat an das kleine Becken vollständig ausfüllt, ist es anatomisch verständlich und klinisch erhärtet, dass der eitrige Prozess sich nach unten nicht ausdehnen kann. Er bleibt also im grossen Becken und dadurch der Eröffnung an der günstigsten, da tiefsten Stelle nicht mehr zugängig. Der eitrige Prozess muss

sich von der rechten Beckenschaufel aus unter dem Rande des Dünndarmmesenteriums nach der linken Beckenschaufel hin ausbreiten oder er gelangt zwischen Blase und vordere Bauchwand dahin; in den späteren Monaten liegt er dann, je nach dem Stande des Uterus, noch viel höher in der Bauchhöhle, ganz fraglos ein Nachteil gegenüber dem nicht graviden Zustand. 3. Der bei Appendizitis häufige Abort (oder Frühgeburt) bedeutet, je weiter die Schwangerschaft vorgeschritten ist, eine um so ausgedehntere plötzliche Umwälzung der Lageverhältnisse, namentlich der Darmschlingen bei einer entzündlichen Erkrankung, die in erster Linie Ruhigstellung verlangt. Durch diese Umwälzung kann der entzündliche Prozess in ausgedehnter Berührung mit bis dahin freien Abschnitten des Peritoneums gebracht werden. 4. Eine Reihe von Symptomen, die der beginnenden Appendizitis eigen sind, können bis zu einem gewissen Grade auch durch die Schwangerschaft hervorgerufen werden. In Unkenntnis der durch die Schwangerschaft veränderten Topographie werden höher oben liegende Schmerzen nicht auf den Wurmfortsatz bezogen. Durch beide Umstände wird die Diagnose und damit der Eingriff verschleppt.

Bei der

Behandlung

der Appendizitis hat Hildige (100) vom **Antistreptokokkenserum** Erfolge gesehen. **Gegen das Rizinusöl** wendet sich Sorge (210). Kritiklose Verordnung von Abführmitteln kann leicht für den Kranken zum Verhängnis werden. Es ist anzunehmen, dass das Rizinusöl, das nach röntgenologischen Beobachtungen auch noch im Dickdarm den Darminhalt vorwärts treibt, den Durchbruch eines im entzündlichen Zustande befindlichen Wurmfortsatzes begünstigt. Bei chronischen und subakuten Fällen ist Rizinusöl zur Sicherung der Diagnose erlaubt. Treten Reizerscheinungen auf, so wird sofort operiert.

Die Worte de Quervains (169) auf Grund der schweizerischen Sammelstatistik sind wieder **gewichtige Belege für die Frühoperation,** deren überragende Erfolge kaum mehr angezweifelt werden. Dagegen steht die Zweckmässigkeit des **Eingriffs im Intermediärstadium** immer noch zur Diskussion. Bertelsmann (24) tritt mit schwerwiegenden Gründen dafür ein, Willis (235) wartet ab.

Der **kleine** Bauchschnitt gewinnt an Terrain — Dobbertin (65) und Robineau (182), der 17—18 mm langen Schnitt empfiehlt. Aldons (3) zieht bei Fettleibigen und beim Verdacht auf schwere Verwachsungen den **Pararektalschnitt** vor, im übrigen den **Wechselschnitt.** Jayle (113) empfiehlt zur Erzielung unsichtbarer Schnitte einen queren Einschnitt unterhalb der Haargrenze über dem Mons veneris, dem ein Längsschnitt am äusseren Rektusrand folgt. Belley (17) berichtet über einen fächerartigen Schnitt, den er bei v. Bardeleben (Bochum) sah.

Die von Kofmann empfohlene **Ausschaltung des Wurmfortsatz** (s. letzten Bericht S. 256) erfährt weiter lebhafte Ablehnung. [Sonnenburg (207), Neugebauer (153), Rauchenbichler (173), Steinmann (215), Krüger (123), der bei geeigneten Fällen die operative Mobilisierung des Cökums entsprechend der Kocherschen Mobilisierung des Duodenum empfiehlt, Derganc (62), der unter Beistimmung von Käfer (116) in schwierigen Fällen die subseröse Ausschälung der Appendix wie einen Finger aus dem Handschuh vorschlägt.]

Die Frage, ob beim **appendizitischen Abszess der Wurmfortsatz mit entfernt werden soll.** wird zwar nicht einheitlich beantwortet [Fragebogenforschung von Foster (72)], ist aber im allgemeinen dahin gelöst, dass nur der sehr leicht ohne Lösung von Verklebungen entfernbare Wurmfortsatz herauszunehmen ist.

v. Herff (98) empfiehlt zur **Vorbeugung der Bauchfellentzündung** bei verschmutztem Bauchschnitt Wasserstoffsuperoxyd einzugiessen. Longard (133) verspricht sich vom Kampferöl Erfolge. Fowler (73) tritt bei Bauchfellentzündung von neuem für die nach ihm benannte Stellung mit erhöhtem Rumpf ein, Zander (240) schliesst sich ihm an. Göpel (80) legt multiple Drainage durch kleine Wechselschnitte an, Teass (218) betont die oft lebensrettende Wirkung der **künstlichen Darmfistel.**

Barker (11), Andrew (4), weniger entschieden Hagmaier (88) und Ombrédanne, Riche Faure et Broca (157) empfehlen möglichst auch bei perforativer Appendizitis sofortigen Bauchdeckenschluss und sehen davon gute Erfolge. Kleinere technische Mitteilungen zur Appendektomie bringen Bertelsmann (25), Martens (138), Bartlett (12), Outland (158), Parkes (160) und Briggs (38).

Sorge (211) schildert die **Nachbehandlung** der Appendektomierten, wie sie im Roten Kreuzkrankenhaus in Kassel üblich ist.

Die **Unterbindung der Vena ileocolica** möglichst nahe an der Einmündungsstelle in die Vena mesent. superior wird von Braun (36) stets empfohlen, wenn sich die Zeichen der Thrombenverschleppung (Schüttelfrost, Leberschwellung, Ikterus) wiederholt bemerkbar machen.

Folgezustände.

Bemerkenswert sind die **Nachuntersuchungen** Appendektomierter Scudders (198). Von 640 1—21 Jahre nach der Appendektomie durch Fragebogen Nachuntersuchten erfreuten sich 94% voller Gesundheit; bei dem Rest bestanden meist von der Appendektomie unabhängige Ursachen für den mangelhaften Gesundheitszustand. 10% hatten Narbenhernien, und zwar 17% bei drainierter Wunde und 3,9% bei undrainierter Wunde. Der Blinddarmentzündung ähnliche Anfälle wurden von 38 berichtet.

Braizeff (35) gibt eine Übersicht über das ganze Gebiet der **Komplikationen.** Melchior (142) bringt Beobachtungen über **Spätabszesse** nach Appendizitis. Sie bilden sich auf altem Operationsterrain. Ihnen gemeinsam ist, dass Appendektomie und Wundverlauf sich nicht unter aseptischen Verhältnissen vollzogen haben und dass nach Überwindung der Wundkomplikationen schliesslich ein scheinbar endgültiger Zustand der Heilung eintrat, bis nach $^1/_2$, 1 oder 2 Jahren der entzündliche Prozess wieder aufflackerte. Die Beobachtungen sind ein typisches Beispiel für das Phänomen der ruhenden Infektion. Sie bieten unverkennbare Beziehungen dar zu Schloffers entzündlichen Bauchdeckengeschwülsten nach Hernienoperationen. Die Unterschiede zwischen diesen Geschwülsten und den Spätabszessen sind nur gradueller Art und lassen sich zurückführen auf eine geringere Virulenz der Bakterien bei der erstgenannten Gruppe.

Hauch (95) teilt die **Spätblutungen** ein in Arrosionsblutungen, thrombotische und embolische Vorgänge und Gangrän. Gegen die ersten empfiehlt er Tamponade, gegen die übrigen ins Lumen des Verdauungskanals erfolgenden Blutungen die medikamentöse und diätetische Behandlung blutender Magengeschwüre.

Die Diagnose

chronische Appendizitis

ist nach Pauchet (161) in **vier Fünfteln irrtümlich.** Jede Untersuchung des Magendarmkanals ohne radiologische Prüfung ist unvollständig. Es kann sich handeln um chronische Epiploitis, Coecum mobile, Typhlatonie, Lanesche Knickung oder Pericolitis membranacea. Führen alle Verfahren nicht zu einer klaren Diagnose, so genügt nicht der kleine Wurmfortsatzschnitt und die Appendixexstirpation, sondern man gehe in ausgiebigem Medianschnitt unterhalb des Nabels ein und nehme nach autoptischer Prüfung den indizierten Eingriff vor. Wenn trotzdem in 85% aller Appendektomierten eine mehr oder minder vollständige Heilung eintritt, so ist das nach Krecke (122) auf eine suggestive Wirkung des Eingriffs zurückzuführen. Für refraktäre Fälle findet Dobbertin (64) die Ursache in Knickung, Stenosierung und Torsionen des Colon ascendens. Erst die Lösung der Verwachsungen und eine lange Kolon cökopexie an der lateralen Taenie beseitigte die Beschwerde. Lindemann (131) fasst die chronische Wurmfortsatzentzündung als eine Teilerscheinung der Dickdarmerkrankung auf und empfiehlt nach der Appendektomie eine Witzelsche Schrägfistel anzulegen und von dieser aus den Darm zu spülen. Solieri (203), Illoway (106) und Stedmann (214) betonen die hyperazide Gastropathie als zu wenig beachtetes Zeichen der chronischen Appendizitis. Durch dieses Zusammentreffen wird die Differentialdiagnose zwischen Ulcus duodeni und chronischer Appendizitis, der Deaver (57) eine ausführliche Arbeit widmet, noch mehr erschwert. Gaudin (78) spricht der Schmerzhaftigkeit des Mac Burney für die Diagnose der chronischen Appendizitis jede Bedeutung ab, will die chronische Entzündung als praktisch überaus selten überhaupt nicht berücksichtigen. Lapeyre (125) versucht eine ätiologische Verbindung herzustellen zwischen den häufig zusammen angetroffenen chronischen Entzündungszuständen am Wurmfortsatz und der kleinzystischen Degeneration der Ovarien.

Nach Delapchier (59) kann die chronische Appendizitis die Ursache einer **Skoliose** sein, meist grosse links konvexe dorsolumbale Krümmung und kleine zervikale rechts konvexe Kompensationskrümmung mit Hochstand der linken Schulter. Auch andere Typen kommen vor. Auch zu **ischiasähnlichen Beschwerden** kann die chronische Appendizitis führen, Enriquez und Gutmann (69 und 70). Bei jedem Hüftwehfall untersuche man daher die Gegend des Wurmfortsatzes. Trotzdem bei Hüftweh die Fragen nach Beschwerden in der Blinddarmgegend meist verneint werden, findet man oft einen typischen Schmerzpunkt, der nach Ausweis des Röntgenschirmes der unteren Cökumgrenze angehört. Charakteristisch für die Appendicitis claudicans ist die geringe röntgenologisch nachweisbare Beweglichkeit des Cökums bei Veränderungen der Körperhaltung und die Zunahme der Schmerzen

bei horizontaler Körperhaltung und bei Beckenhochlagerung. Als wesentliches Moment bei der Schmerzerzeugung sind die Verwachsungen anzusehen. Behandlung chirurgisch.

Dafür, dass die chronische Appendizitis unter dem Bilde von chronischer Hüftgelenkentzündung verlaufen kann und als solche angesprochen wird, ja sogar als „schnellende Hüfte" diagnostiziert wird, führen Babinski (8) und Rochard und Stern (184) Fälle an.

Coecum mobile.

Hausmann (96) unterscheidet drei Formen des Coecum mobile: 1. mit langem Mesenterium; 2. mit schlaffem, lockerem retrocökalem Gewebe und kurzem, dehnbarem Mesenterium; 3. mit kurzem cökalem Mesenterium und gleichzeitig langem Mesenterium des Colon ascendens und der Flexura hepatica. Die letzte Form hat eine Drehung des Cökums um seine Längs- und Querachse zur Folge und muss ebenfalls chirurgisch angegriffen werden. Nach Stern (216 und 217) steht beim Coecum mobile die Atonie im Vordergrund. Er erkennt sie an der bei linker Seitenlage erfolgenden perkuttorisch und auskultatorisch erfolgenden Wanderung des Cökum zur Mittellinie hin. Der operativen Fixation des Coecum mobile muss nach Burkhardt (41) die Raffung zugefügt werden. Lapenta (124) und in ausführlicher Arbeit Maury (140) beschäftigen sich mit der zunächst 1908 von Jakson aufgefundenen **Membrana pericolica,** die nicht das Produkt einer Entzündung, sondern angeboren ist. Ausser Durchschneidung der Membran soll die Appendektomie vorgenommen werden. (Näheres darüber siehe unter Dickdarm.) Obál (155) und Piper (165) sahen Fälle von sicherer primärer Typhlitis, der erste mit durchgebrochenem Geschwür des Cökum und pericökalem Abszess.

Tuberkulose des Wurmfortsatzes.

Schnitzler (192) untersucht erneut die Beziehungen einer latenten oder verkannten Lungentuberkulose zu den Symptomen, auf die hin in der Regel die Diagnose einer chronischen oder tuberkulösen Appendizitis gestellt wird. Er steht auf dem Standpunkt, dass bei den meisten Fällen, bei welchen Magendarmsymptome mit einer mehr oder weniger ausgesprochenen Darmempfindlichkeit in der Appendixgegend bei gleichzeitig bestehender latenter oder verkannter Lungentuberkulose zur Diagnose „chronische Appendizitis" führen, überhaupt keine Appendizitis, also weder eine tuberkulöse, noch eine banale Appendizitis, vorliegt, dass weiter die örtlichen und allgemeinen Krankheitszeichen, die zur Diagnose chronische Appendizitis und in einer sehr grossen Reihe von Fällen auch zur operativen Konsequenz dieser Diagnose Anlass geben, nur eine Folge der tuberkulösen Infektion sind, ohne dass dabei überhaupt eine örtliche Veränderung am Appendix vorhanden sein muss. Weniger ablehnend stehen Bérard et Alamartine (20) der Tuberkulose der Appendix gegenüber. Sie wird auf intestinalem Wege erworben. Bei 7—8 $^0/_0$ sämtlicher Tuberkulöser und bei 1 $^0/_0$ nicht tuberkulöser Individuen finden sich tuberkulöse Veränderungen am Wurm. Meist (in etwa 90 $^0/_0$ der Fälle) sind ausserdem andere Teile des Darmrohres, besonders das Cökum oder das Bauchfell an dem tuberkulösen Prozess beteiligt. Ob das Cökum oder die Appendix primär erkrankt, ist mit Sicherheit nicht zu entscheiden. Auch ist bei kombinierter Tuberkulose der Adnexe und der Appendix Ersterkrankung beider möglich. Primäre Erkrankung der zugehörigen Drüsen ohne sichtbare Läsion der Appendix kommt vor. Die Tuberkulose des Wurms kann auftreten als granuloulzeröse Form, gewöhnlich ausgehend von der Basis des Wurmes; als entero-peritoneale Form, meist Folge von Perforation (am häufigsten von den Chirurgen beobachtet); als Pseudotumorform, gewöhnlich mit Beteiligung des Cökum; als einfacher oder sterkoraler tuberkulöser Abszess, häufig mit Fistelbildung (der sterkorale Abszess mit ausgeprägter Neigung, sich auszubreiten); als hypertrophische Form auf die meist stark verdickte Appendixwand beschränkt; als atrophische Form, vielleicht nur ein Abheilungsstadium der granuloulzerösen Erkrankung; endlich als zystische Form, Hydroappendix. Die tuberkulöse Simultanappendizitis, d. h. die Wurmfortsatzerkrankung mit Beteiligung anderer Organe am tuberkulösen Prozess kann ebenso wie die isolierte Tuberkulose des Wurmfortsatzes klinisch latent oder unter dem Bilde uncharakteristischer Appendizitis verlaufen. Die tuberkulöse Natur akuter Appendizitis ist mit Sicherheit nicht zu erkennen, wird jedoch durch unvollständige Remissionen, Andauern des Fiebers, häufige Rückfälle, schlechtes Allgemeinbefinden und Durchfälle besonders bei anderweit Tuberkulösen wahrscheinlich gemacht. Noch schwieriger ist die Diagnose des tuberkulösen Ursprunges bei der weit häufigeren chronischen tuberkulösen Appendizitis. Schlechter Allgemeinzustand und Inkongruenz des oft ausgeprägten örtlichen Befundes mit geringen klinischen Erscheinungen sprechen für Tuberkulose. Die

häufige Appendizitis bei Tuberkulösen wird von einigen als Teilnahmen der Appendix an der tuberkulösen Allgemeininfektion (toxische Läsion des lymphatischen Apparates) aufgefasst. Die Existenz einer Appendizitis mit den Erscheinungen der Tuberkulose wird vielfach bezweifelt zugunsten der Annahme, dass wirklich eine latente Tuberkulose mit Appendizitis im Poncetschen Sinne vorliege.

Lereboullet (130) beschäftigt sich mit der Tuberkulose des kindlichen Wurmfortsatzes. Chronische Appendizitis kann sich bei Kindern verbergen unter dem Bilde einer tuberkulösen Erkrankung. Nicht selten führt die Schwächung, die mit der chronischen Appendizitis verbunden ist, zur Tuberkulose, in anderen Fällen bereitet das Regime, das zur Behandlung der missverstandenen Darmbeschwerden aufgestellt wird, ihr den Boden. In solchen Fällen muss man sich erinnern, dass die Appendizitis ein Hindernis vernünftiger Behandlung ist und die Appendektomie vornehmen, wenn nicht akute Schübe der tuberkulösen Erkrankung dagegen sprechen. Endlich kann eine tuberkulöse Erkrankung oder auch die gegen sie eingeschlagene Ernährungsbehandlung zu tuberkulöser oder auch nichttuberkulöser Appendizitis führen, unter deren Erscheinungen die ursprüngliche Tuberkulose übersehen werden kann. Appendektomie ist nur gestattet, wenn die Wurmfortsatzerkrankung schädigenden Einfluss auf die Funktion des Magendarmkanals ausübt und wenn die Tuberkulose nicht im lebhaften Fortschreiten begriffen ist. Neben der klinischen Beobachtung ist in allen Fällen die Kutanreaktion und das Röntgenbild heranzuziehen. Holländer (102) glaubt eine Ileocökaltuberkulose, bei deren Entstehung die durch das gleichzeitig vorhandene Coecum mobile gesetzte Funktionsstörung mit ursächlich war, im wesentlichen durch die Fixierung das Cökum gebessert za haben. Weitere Arbeiten über Tuberkulose der Appendix liegen von Bazin (15), Weaver (228) und Bjalokur (27) vor.

Die **Aktinomykose** des Bauches beginnt nach Hüttl (104) in 50 % der Fälle in der Blinddarmgegend. Doch ist bei der Eigenart des Fortschreitens aktinomykotischer Erkrankungen durch ausgebreitete Verwachsungen, Vernarbungen und Abszesse schwer zu bestimmen, ob der Wurmfortsatz oder der Blinddarm den Ausgangspunkt darstellt; daher ist die zusammenfassende Bezeichnung Perityphlitis actinomycotica berechtigt. Hüttl beobachtete und operierte mit Erfolg eine 48jährige Feldarbeiterfrau an Aktinomykose der Blinddarmgegend und konnte nachweisen, dass der Wurmfortsatz selbst den Ausgangspunkt darstellt.

Geschwülste der Appendix.

Schwarz (197) hält die krebsartigen Wurmfortsatzneubildungen, deren eigentliche Natur noch strittig ist, für **echte Karzinome**, hervorgegangen aus den Epithelien der Lieberkühnschen Krypten. Sie sind Analoga der von Lubarsch u. a. beschriebenen „kleinen Dünndarmkrebse" und ähneln in ihrem klinischen Verhalten und histologischen Eigenheiten im besonderen den langsam wachsenden Darmkrebsen, z. B. den Basalzellenkrebsen Krompechers. Die entzündlichen Veränderungen in diesen Wurmfortsätzen sind nicht die Folgen des Krebses, sondern primär und wahrscheinlich das ätiologische Moment für die Karzinombildung.

Miloslavich (147) unterscheidet zwischen den häufig beschriebenen kleinen noch strittigen Geschwülsten der Appendix und den echten Zylinderzellenkarzinomen. Von den letzten teilt er drei eigene und einen fremden Fall mit. Sie entsprechen in ihrem makroskopischen und mikroskopischen Verhalten dem gewöhnlichen Bilde einer bösartigen Geschwulst, stehen also im klinischen Bilde wie im pathologischen Befunde in Zusammensetzung, Ausbreitung und Metastasierung in voller Analogie zu den übrigen Drüsenkrebsen des Darmtraktus.

Auf Grund von Literaturstudien und eigenen Erfahrungen bringt Graham (82) eine ausführliche Bearbeitung des Wurmfortsatzkrebses. Von 172 Fällen von Krebs des Wurmfortsatzes sind nur 20 bei Autopsien, alle übrigen durch Operation gewonnen. Die Ursache dafür ist einmal die Häufigkeit von appendizitischen Erscheinungen beim Wurmfortsatzkrebs, die zur Exstirpation führen, auf der anderen Seite die geringe Grösse der Tumoren, die sie oft übersehen lässt. 95 von 160 Fällen gehörten dem weiblichen, 65 dem männlichen Geschlecht an. Das Lebensalter schwankt von fünf bis zu 81 Jahren. Als Durchschnittsalter ergaben sich 30 Jahre. Kotsteine waren nur in neun Fällen vorhanden. Die Geschwulst sass in 64,3 % der Fälle am oder nahe am freien Ende des Wurmfortsatzes, in 10 % an der Basis, in 19,2 % in der Kontinuität und in 6,2 % diffus über dem ganzen Wurmfortsatz. Bei weitem der grösste Teil der Krebse (73,8 %) zeigte rundliche Zellen; in der zweiten grossen Gruppe (18 %) finden sich Zylinderzellenkrebse, Adenokarzinome und Adenokolloide. Hinzu kommen 5,8 % Übergänge von der einen zur anderen Gruppe und

2,3 % rein kolloide Formen. Das Durchschnittsalter der Sphäroidzellenkrebsträger ist 27,2 Jahre, der Adenokarzinomkranken 39,5, der Kranken mit Übergangsformen 29,8, der Kolloidkrebsträger 44,7 Jahre. Die beim höheren Lebensalter gefundenen Formen (Adenokarzinome und Kolloidkrebse) zeigen bei weitem die grössere Bösartigkeit. Cökumkrebs scheint nur selten vom Appendixkrebs auszugehen. Weiter beschäftigt sich in ausführlicher Arbeit mit den krebsähnlichen Geschwülsten am Wurmfortsatz Rogg (185), Müller (151), der die Gutartigkeit der Geschwülste durch den Namen Karzinoid hervorhebt, Maresch (136), der aus dem Lipoidgehalt der Geschwülste ihre Sonderstellung nachweist, Tiesenhausen (220), Baldauf (9) und Hanser (94).

Divertikelbildung am Wurmfortsatz beschreiben Bérard und Vignard (22) und Markoff (137), eine **Dermoidzyste** zwischen den Blättern der Mesoappendix Willems (234), **Pseudomyxome** der Appendix Meyer (146), Mériel und Daunic (143), Hammesfahr (92), Vecchi (224) und Kennedy (119), endlich primäre **entzündliche Tumoren** Law (128).

E. Leber.

1. Adler, Zur Chirurgie der Gallenblase. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 547—548.
2. *d'Agostino, Francesco, Ascesso traumatico del fegato. Osp. cov. Venezia. Riv. Venet. di scienze med. Vol. 59. Nr. 2. p. 62—70.
3. *Aoyama, A., Zur Frage der Cholelithiasis. Path. Inst. Univ. Freiburg i. Br. Zieglers Beitr. z. path. Anat. u. allg. Path. Bd. 57. Heft 1. p. 168—182.
4. *Aschoff, L., Wie entstehen die reinen Cholesterinsteine? Path. Inst. Univ. Freiburg i. Br. Münchn. med. Wochenschr. Jahrg. 60. Nr. 32. p. 1753—1756.
5. *Axhausen, Über die operative Indikation und die chirurgische Therapie der Gallenblasenerkrankungen. Fortschr. d. Med. Jahrg. 31. Nr. 44. p. 1205—1214.
6. *Bacmeister, A., Die Entstehung des Gallensteinleidens. Ergebn. d. inn. Med. u. Kinderheilk. Bd. 11. p. 1—31. Berlin, Springer.
7. Bancroft, L. Thomas, and J. Burton Cleland, A case of carcinoma of the liver in an australian aboriginal. Austral. med. Gaz. Vol. 33. Nr. 20. p. 465.
8. *Baradulin, G. J., Ein Fall von Leberabszess bei Appendizitis. Landschaftskrankenhaus Welikoluzk. Chirurgia. Bd. 33. p. 214—219. (Russisch.)
9. *Baur, Jean, et L. Plisson, Grand abcès du foie d'origine dysentérique, traité par la ponction évacuatrice et des injections d'émétine; bulle gazeuse intrahépatique; guérison. Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris. Jahrg. 29. Nr. 32. p. 478. bis 498.
10. Bécus, G., Zona et lithiase biliaire et rénale, déductions pathogéniques et cliniques. Prov. méd. Tome 26. p. 89—91.
11. Berg, J., Beitrag zur Kenntnis der gutartigen Stenose der Gallenwege aus anderen Ursachen als Gallenstein. Kongr.-Verhandl. d. „Nord. chir. Forening". Kopenhagen. (Stenosierende Chalangitis.)
12. Bertog, Johannes, Beitrag zur Frage der Entstehung der sog. weissen Galle bei absolutem dauerndem Choledochusverschluss. Stadtkrankenhaus Friedrichstadt, Dresden. Mitteil. aus d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 26. Heft 1. p. 49—60.
13. Binet, E., Lithiase biliaire et lithiase intestinale. (Gallenstein- und Darmsteinerkrankung.) Progrès méd. Tome 41. p. 140—142.
14. Biondi, Domenico, Per la casistica dei calcoli biliari. Contributo alla colecistectomia totale. (Con dimostrazione.) Istit. di clin. gen. operat. univ. Siena. Siena, S. Bernardino.
15. Bogoras, Über die Einpflanzung der Vena mesenterica sup. in die Vena cava inf. bei Leberzirrhose. Russki Wratsch. Bd. 12. p. 48—50. (Russisch.)
16. Boljarsky, Die Leberverletzungen nach den Daten der chirurgischen Abteilung des städtischen Obuchow-Hospitals für Männer in St. Petersburg. Russki Wratsch. Bd. 12. p. 287—289. (Russisch.)
17. Borszéky, Blutstillung bei Leberoperationen durch Abklemmen des Ligamentum hepato-duodenale. 17. intern. med. Kongr. London. Sekt. f. Chir. 6. bis 12. Aug.
18. *—, Károly, und Sándor Báron, Blutstillung bei Leberoperationen. II. chir. Univ.-Klinik. Budapest. Orvosi Hetilap. Jahrg. 57. p. 825—827. (Ungarisch.)
19. Boss, William, Gallenblase und Magenchemismus. Chir. Klinik. Univ. Breslau. Berl. klin. Wochenschr. Jahrg. 50. Nr. 52. p. 2416—2417.

20. Bourguet, M., Sur la topographie des voies biliaires, Etude radiographique. Laborat. d'anat. Toulouse. Compt. rend. hebdom. des séanc. de la soc. de biol. Tome 74. Nr. 13. p. 731—733.
21. Boyd, Sidney, Non-parasitic cysts of the liver. Lancet. Vol. 184. p. 951—959.
22. Braithwaite, L. R., Acute perforation of the gall bladder, with an account of six cases. Brit. med. Journ. Nr. 2734. p. 1096—1099.
23. Branham, Joseph, H., Some interesting points on gall-stone surgery with report of cases. Transact. of the Amer. Assoc. of Obst. and Gyn. 26. Ann. meet. Providence. Rhode Island. Sept. 16—18. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Children. Vol. 68. Nr. 5. p. 967—980.
24. Breitmann, M. J., Über die Diagnose der Leberkrankheit mit Hilfe der Methode von Prof. Abderhalden mit spezieller Berücksichtigung der Selbständigkeit der beiden Leberlappen. Phys. Inst. u. med. Klinik. Halle a. S. Zentralbl. f. inn. Med. Jahrg. 34. Nr. 34. p. 857—861.
25. *Brugnatelli, Angelo, Un caso di peritonite biliosa con versamento di bile nel peritoneo senza perforazione dell apparato biliare. Istit. di anat. patol. Univ. Pavia. Policlinico. sez. med. Jahrg. 20. Nr. 12. p. 544—555.
26. Brunn, M. v., Über perakute Leberschwellung. Augusta-Krankenanst. Bochum. Zentralbl. f. Chir. Jahrg. 40. Nr. 43. p. 1661—1663. (In vivo durch Probelaparotomie festgestellt.)
27. Burdenko, N., Zur Frage der Unterbindung der Vena portae. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 124. Heft 1/4. p. 95—112.
28. Cahen, Fritz, Bildung eines künstlichen Choledochus mittelst Drainrohres. Israel. Asyl. Köln. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 122. Heft 3/4. p. 331—338.
29. Campbell-Horsfall, C., A case of perforated common bile duct followed by subphrenic abscess, operation, and recovery. Brit. med. Journ. Nr. 2742. p. 118.
30. *Cardarelli, A., Come si diagnostica l' ascesso epatico. Istit. d. II. clin. med. univ. Napoli. Boll. delle clin. Jahrg. 30. Nr. 7. p. 289—299.
31. Case, James, T., Roentgenoscopy of the liver and biliary passages with special reference to gall-stones. Journ. of the Amer. med. Assoc. Vol. 61. Nr. 12. p. 920—925.
32. Cazamian, Abcès du foie opéré, ouvert secondairement dans l'estomac. Vaste ulcère par autodigestion de la paroi. Mort. Arch. de méd. et pharm. nav. Tome 100. Nr. 8. p. 138—150.
33. *Chauffard, A., Abcès dysentérique du foie, avec vomiques successives. Traitement par la ponction évacuatrice et l'émétine. Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris. Jahrg. 29. Nr. 17. p. 1017—1024.
34. *— Abcès dysentérique du foie ouvert dans les bronches. Guérison rapide par l'émétine. Bull. méd. Tome 27. p. 185—187 und Rev. de thér. Tome 80. p. 181—186.
35. *— Guy Laroche, et A. Grigaut, Recherches expérimentales sur la cholestérinémie après ligature du cholédoque. Compt. rend. hebdom. des séanc. de la Soc. de biol. Tome 74. Nr. 19. p. 1093—1094.
36. Cheney, William Fitch, The diagnosis of gall-stone lodged in the common duct. Journ. of the Amer. med. Assoc. Vol. 60. p. 171—172.
37. *Chessin, B., Zur Frage der Verwendbarkeit der Fascia lata bei Leberresektion. Inst. f. operat. Chir. Univ. Moskau. Zentralbl. f. Chir. Jahrg. 40. Nr. 30. p. 1173 bis 1175.
38. *Clairmont und v. Haberer, Bemerkungen zu der Arbeit von Prof. Nauwerck und Dr. Lübke: Gibt es eine gallige Peritonitis ohne Perforation der Gallenwege? Wiener klin. Wochenschr. Jahrg. 26. Nr. 22. p. 891—892.
39. Clermont, D., Le cancer de l'ampoule de Vater. Rev. d. gyn. et de chir. abdom. Tome 20. p. 19—83.
40. Cluzet, et Jean Baur, Hydropneumocyste hépatique, au cours d'un grand abcès du foie, consécutif à une dysenterie; examens radioscopiques et radiographiques. Lyon méd. Tome 121. Nr. 28. p. 49—55.
41. *Costa, S., Abcès amibiens du foie, partiellement ouverts dans les bronches et dans l'intestin. Guérison par les ponctions et les injections d'émétine. Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris. Tome 29. Nr. 12. p. 746—751.
42. Courvoisier, L. G., Eine Basler Gallensteinstatistik. Korrespondenzbl. f. Schweiz. Ärzte. Bd. 43. p. 161—169.
43. Delany, T. H., Can cholelithiasis be succesfully treated without operation? Ind. med. Gaz. Vol. 48. Nr. 5. p. 180—181.

44. Depage, A., De la cholécyste-cystostomie. Journ. de chir. et ann. de la soc. belge de chir. Nr. 6/7. p. 167—171.
45. Dugan, Rollo C., Surgery of the gall-bladder and ducts. Journ. Lancet. Vol. 33. Nr. 2. p. 36—38.
46. Eccles, W. Mc Adam, On mucocele of the gall-bladder. Clin. Journ. Vol. 41. p. 337. bis 341.
47. Elperin, S., Ein Fall von angeborenem Defekt des Ductus choledochus aus mechanischer Ursache. Path. Inst. Halle. Frankf. Zeitschr. f. Path. Bd. 12. p. 26.
48. *Ewald, C. A., Die Leberkrankheiten. Für Studierende und Ärzte. Leipzig, Thieme. IX. 275 S. 7 Taf. Mk. 10.—.
49. Farell, W. D., A general consideration of gall-stone disease. Journ. Lancet. Vol. 33. Nr. 2. p. 33—35.
50. *Favreul, La péritonite biliaire sans perforation des voies biliaires. Rev. Franc. de méd. et de chir. Jahrg. 10. Nr. 14. p. 217—219.
51. Faykiss, Franz, Beiträge zu den subkutanen Leberverletzungen. II. chir. Univ.-Klinik Budapest. Pest. med.-chir. Presse. Jahrg. 49. Nr. 39. p. 317—320 und Nr. 40. p. 326—329 und Budapesti Orvosi Ujsàg Jahrg. 11. Nr. 5. p. 53—58. (Ungarisch.)
52. Fink, Franz v., Symptomatologie und Diagnostik des Gallensteinleidens, Indikationen zur chirurgischen Behandlung. Allg. öffentl. Kaiser Franz Josef Hosp. Karlsbad. Prager med. Wochenschr. Bd. 38. p. 1—5.
53. — Cholelithiasis mit Ulcus duodeni und Pankreasabszess. Allg. öffentl. Kaiser Franz Josef Hosp. Karlsbad. Prager med. Wochenschr. Jahrg. 38. Nr. 28. p. 396—398.
54. *Finsterer, Hans, Über Bradykardie bei Leberverletzungen. Erwiderung auf die gleichnamige Arbeit von Dr. S. Rubaschow. II. chir. Univ.-Klin. Wien. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 121. p. 520—530.
55. Flandin, Charles, Pathogénie de la lithiase biliaire. Arch. d. mal. de l'app. dig. Jahrg. 7. Nr. 5. p. 255—271.
56. *Flandin, Charles, et René Dumas, Gros abcès dysentérique du foie ouvert dans les bronches. Guérison obtenue par le traitement chirurgical et les injections de chlorhydrate d'émétine. Bull. et mém. de la soc. méd. d. hôp. de Paris. Tome 29. p. 599—606.
57. Flath, Zur Kasuistik der subkutanen Leberruptur. Krankenh. d. Barmherzigk., Königsberg i. P. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 75—76.
58. Flörcken, H., Die subseröse Drainage des Zystikusstumpfes nach einfacher Cholezystektomie. Landeshosp., Paderborn. Zentralbl. f. Chir. Jahrg. 40. Nr. 39. p. 1516 —1518.
59. Fowler, Royale Hamilton, Surgical aspects of gall-bladder dyspepsia. Arch. of Diagn. Vol. 6. Nr.. 2. p. 133—135.
60. De - Franciscon, Giacomo, Sopra un caso di resezione totale del lobo sinistro del fegato per sifiloma. Osp. magg. di Lodi. Clin. Chir. Jahrg. 21. Nr. 3. p. 573—588.
61. *Frosch, Julius, Über Leberabszess. Städt. Krankenh., Potsdam. Dissertation. Berlin, E. Ebering.
62. Giordano, Errico, Ulteriori considerazioni sul trattamento laparotomico nei traumi del fegato. Giornale internaz. d. Scienze med. Jahrg. 35. Nr. 21. p. 977—988.
63. Gordinier, Hermon C., and Harold P. Sawyer, Primary adenomata of the liver simulating Hanot's hypertrophic liver cirrhosis. Amer. Journ. of the Med. Scienc. Vol. 145. p. 258—269.
64. Gosset, A., De la duodénotomie dans la lithiase du cholédoque. Journ. de chir. Tome 11. Nr. 5. p. 533—546.
65. Gosset, La cholécystectomie d'arrière en avant. Gaz. des hôp. Tome 86. p. 442.
66. — et E. Desmarest, De la cholécystectomie d'arrière en avant. Presse méd. Tome 21. p. 205—209.
67. *Gouget, A., Le traitement de la dysenterie amibienne et de l'abcès dysentérique du foie par l'émétine. Presse méd. Jahrg. 21. Nr. 32. p. 317—318.
68. Green, Robert M., Cholecystitis and cholelithiasis associated with pregnancy. Boston Med. and Surg. Journ. Vol. 168. Nr. 19. p. 679—681.
69. *Guillon, A., Abcès du foie à symptomatologie anormale. Clinique, Paris. Jahrg. 8. Nr. 23. p. 357—358. (Bei tropischen Leberabszessen können lange Zeit alle diagnostisch verwertbaren Zeichen ausbleiben.)
70. Gundermann, Wilhelm, Zur Pathologie der Leber. Chirurg. Klin., Giessen. Münchn. med. Wochenschr. Jahrg. 60. Nr. 42. p. 2332—2333.

71. Hagen, J. Stewart, Surgery of the biliary passages. Eclect. med. Journ. Vol. 73. Nr. 5. p. 225—233.
72. Haibe, A., Sur la cholécystite typhique. Compt. rend. hebdom. des séanc. de la soc. de biol. Tome 74. Nr. 18. p. 1046—1048.
73. Hall, Cuthbert, Two unusual cases of hydatid disease. Austral. Med. Gaz. Vol. 33. p. 171.
74. v. Hansemann, Die Lösungsmöglichkeit der Gallensteine. Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. Bd. 212. H. 1. p. 139—152.
75. Hart, C., Über die kavernöse Umwandlung der Pfortader. Berl. klin. Wochenschr. Jahrg. 50. Nr. 48. p. 2231—2234.
76. *Heidenhain, L., Indikationsstellung beim akuten Steinverschluss des Ductus choledochus nebst statistischen und technischen Bemerkungen. Städt. Krankenhaus, Worms a. Rh. Münchn. med. Wochenschr. Jahrg. 60. Nr. 19. p. 1019—1022.
77. Heinemann, O., Operative Heilung multipler metastatischer Leberabszesse. Berl. klin. Wochenschr. Jahrg. 64. Nr. 1. p. 21—27.
78. Hengel, L. D. van, Klinische und experimentelle Studie über Cholezystektomie. Utrecht. Dissertation 1912, van Druten. 123 p. (Holländisch.)
79. *Hinterstoisser, Hermann, Ein Ascaris in Ductus hepaticus. (Operationsbefund.) Wiener klin. Wochenschr. Bd. 26. p. 456—457.
80. Hirsch, C., Über eine Methode, Durchblutungsversuch der Leber am lebenden Tier anzustellen. Med. Klin., Göttingen. Zeitschr. f. d. ges. experim. Med. Bd. 1. H. 6. p. 537—538.
81. Hörz, Transduodenale Hepatikusdrainage. Chirurg. Klin., Breslau. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 160—161.
82. v. Hofmeister, Die methodische Dilatation der Papilla duodeni und die Choledochoduodenaldrainage. Zentralbl. f. Chir. Bd. 40. p. 5—7.
83. — Beiträge zur Chirurgie des Choledochus. Karl-Olga-Krankenh. und Ludwigsspit., Stuttgart. Münch. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 225—230.
84. Hohlweg, Gallenblase und Magenmechanismus. Erwiderung auf die gleichnamige Arbeit von Dr. Magnus in Nr. 27 der Med. Klin. Med. Klin. Jahrg. 9. Nr. 35. p. 1420.
85. *— Zur Funktionsprüfung der Leber. Med. Klin., Giessen. Münchn. med. Wochenschr. Jahrg. 60. Nr. 41. p. 2271—2275.
86. Holland, Thurstan, On gall-stones. Arch. of the Röntgenray. Vol. 152. p. 374.
87. Hubbard, J. C., Transduodenal choledochotomy. Boston Med. and Surg. Journ. Vol. 168. Nr. 20. p. 723—725.
88. *Hugel, K., Mikroskopische Perforation der Gallenblase. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 83. H. 3. p. 623—626.
89. Idzumi, G., Über einen Fall von primärem Leberkarzinom im Säuglingsalter. I. Chir.-Klin., Univ. Kiuschu, Japan. Arch. f. klin. Chir. Bd. 100. p. 1181—1187.
90. Jacob, Fistule sus-pubienne consécutive à une cholécystite suppurée post-typhoïdique. Cholécystectomie. Guérison, avec persistance de bacilles paratyphoïdes dans les fèces. Bull. et mém. de la soc. de chirurg. de Paris. Tome 39. Nr. 20. p. 879—880.
91. *Jacquin, P., Über Blutstillung bei Leberwunden durch gestielte und freie Netzlappen. Städt. Krankenh. am Urban, Berlin. Arch. f. klin. Chir. Bd. 102. H. 2. p. 502—508.
92. Jaugeas, Radioscopie examination of the liver. Arch. of the Roentgen ray. Nr. 156. p. 48—52.
93. Joest, E., und M. Ziegler, Über die Ausscheidung von Tuberkelbazillen mit der Galle. Verhandl. d. Deutschen pathol. Ges. 16. Tag., Marburg, 31. März bis 2. April p. 178—196.
94. Julliard, Traitement chirurgical des cirrhoses du foie. Rev. méd. de la Suisse Romande. Tome 33. p. 123—134.
95. Kanavel, Allen B., The differential diagnosis of gall-bladder disease. Illin. Med. Journ. Vol. 23. Nr. 2. p. 187—193.
96. *Kehr, Hans, Die Praxis der Gallenwegechirurgie in Wort und Bild. Bd. 1. Die Vorbereitungen zu einer Operation an den Gallenwegen und die allgemeine Technik der Gallenwegechirurgie. (Die Chirurgie in Einzeldarstellungen Bd. 1.) München, J. F. Lehmanns Verlag. XXXII.
97. *— Die Praxis der Gallenwegechirurgie in Wort und Bild. Bd. 2: Die spezielle Technik der Gallenwegechirurgie mit Einschluss der Nachbehandlung und der Operations-

erfolge. (Die Chirurgie in Einzeldarstellungen herausg. von Rudolf Grashey, Bd. 2.) München, Lehmanns Verlag. XV.
98. Kehr, Hans, Chirurgie der Gallenwege. Neue deutsche Chirurgie. Bd. 8. Stuttgart, Enke. XXVIII.
99. Kehr, Rückblick auf 2000 Operationen an den Gallenwegen. (Eine Gegenüberstellung der Erfolge des ersten und zweiten Tausend.) Chirurgen-Kongress.
100. — Über angeborene Anomalien der Gallenblase und der Arteria hepatica. Berl. Ges. f. Chirurg., Sitzg. vom 10. März. Zentralbl. f. Chir. Jahrg. 40. Nr. 18. p. 690.
101. Kelley, Samuel W., The treatment of hepatic cirrhosis. Amer. Journ. of Clin. Med. Vol. 20. p. 31.
102. Khautz, A. v., Cholelithiasis und Cholecystitis im Kindesalter und ihre Behandlung. Zentralbl. f. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 16. Nr. 5/6. p. 545—548.
103. Kienböck, Robert, Ein Fall von Echinococcus hydatitosus der Leber, durch Röntgenuntersuchung erkannt. Allg. Poloklon., Wien. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 21. H. 1. p. 77—85.
104. *Kirchenberger, Alfred, Zur Frage der Pulsverlangsamung bei Leberverletzungen. Wiener med. Wochenschr. Jahrg. 63. Nr. 25. p. 1544—1564.
105. Konjetzny, Georg Ernst, Über anormale ligamentäre Verbindung der Gallenblase und ihre klinische und pathologische Bedeutung. Chirurg. Univ.-Klin., Kiel. Med. Klin. Jahrg. 9. Nr. 39. p. 1586—1587 und Vereinig. nordwestdeutsch. Chirurg., 14. Tag., Kiel, 21. Juni. Zentralbl. f. Chir. Jahrg. 40. Nr. 36. p. 1408—1409. (Bandartige Verbindung zwischen Gallenblase und Colon transversum angeboren oder entzündlich.)
106. *Kornew, P., und W. Schaack, Ein neues Verfahren für ausgedehnte Leberresektionen mit Anwendung der freien Faszientransplantation. Kais. Inst. f. exp. Med. u. med. Inst. f. Frauen, St. Petersburg. Zentralbl. f. Chir. Jahrg. 40. Nr. 24. p. 949 bis 951.
107. Kramarenko, E. J., Über die operative Behandlung des chronischen Choledochusverschlusses. Krankenh. in Petrowo, Gouv. Chersson. Verhandl. d. XII. Kongr. Russischer Chirurgen. Bd. 12. p. 157—161. Moskau. (Russisch.)
108. Ladd, W. E., Toxicity of bile with the report of an unusual case. Boston Med. and Surg. Journ. Vol. 168. p. 166—167.
109. Leary, Thomas J., Surgical method of clearing up chronic typhoid carriers. Report of two cases of removal of the gall-bladder and the entire cystic duct. Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. 60. Nr. 17. p. 1293—1294.
110. Lejars, F., Les fausses lithiases biliaires. Semaine méd. Jahrg. 33. Nr. 48. p. 565—566.
111. Leriche, Abcès dysentérique du foie et apparition tardive. Thèse. Paris.
112. Lesk, Robert, Einiges über Erkrankungen der Gallenwege und Leber. Ein tropenchirurgischer Beitrag. Geneesk. Tijdschr. voor Ned.-Indie. Bd. 53. H. 3. p. 356—415.
113. Letulle, Maurice, Dilatation kystique des voies biliaires, cholangiectasies congénitales. Presse méd. Tome 21. p. 97—99.
114. Letulle, Maurice, Hépatoptose et rayons. X. Presse méd. Jg. 21. Nr. 53. p. 531—534.
115. Lindner, Über Leberresektion. (Freie Vereinig. d. Chirurg. d. Kgr. Sachsen, 1. Tag., Leipzig, 12. Oktober 1912.) Zentralbl. f. Chir. Jahrg. 40. Nr. 23. p. 917.
116. Lipepus, Adrien, Abcès du foie et du poumon consécutifs à la soi-disant lithiase. Journ. de chir. Tome 13 et Ann. de la soc. belge de chir. Tome 21. p. 21.
117. Lomon, Radiographies d'un cas de lithiase hépatique. Bull. et mém. de la soc. de radiol. méd. de Paris. Tome 5. p. 77—78.
118. Magnus, Georg, Gallenblase und Magenchemismus. Chirurg. Klin., Univ. Marburg a. L. Med. Klin. Jahrg. 9. Nr. 27. p. 1078—1079.
119. Makai, Endre, Über Frühoperationen bei Gallenblasenentzündungen. St. Rochusspit., Budapest. Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. Bd. 213. H. 2/3. p. 427 bis 433.
120. *Mallannah, S., The value of emetine in liver abscess. (Der Wert des Emetin bei Leberabszess.) Brit. Med. Journ. Nr. 2736. p. 1206—1207.
121. Marien, Amédée, Incision oblique transversale dans les opérations sur la vesicule et les voies biliaires. Union med. du Canada. Tome 42. Nr. 1. p. 7—12.
122. Masoin, E., et Léon Gallez, Rapport sur le travail de M. le docteur L. Delrez, assistant à l'université de Liège, concernant le traitement et la pathogénie de la lithiase biliare. Bull. de l'acad. roy. de méd. de Belgique. Tome 27. Nr. 2. p. 181—186.

123. Mauban, H., Les localisations douloureuses de la lithiase biliaire. Gaz. des hôp. Tome 86. p. 593—598.
124. — De la fréquence de l'aérophagie associée à la lithiase biliaire. Arch. des mal. de l'app, dig. et de la nutr. Jahrg. 7. Nr. 4. p. 211—217.
125. Mayo-Robson, A. W., Über die chirurgische Behandlung gewisser Formen von Ikterus. Wien. med. Wochenschr. Jahrg. 63. Nr. 33. p. 2029—2036. (Bei Tumoren im Pankreaskopf Cholezystenterostomie.)
126. *Mériel, E., Le gros abcès tuberculeux du foie et son diagnostic clinique. Toulouse méd. Jahrg. 15. Nr. 18. p. 277—282.
127. Milne, Lindsay S., Tuberculosis of the liver with jaundice. New York med. Journ. Vol. 47. Nr. 19. p. 978—980.
128. *Miyake, H., Statistische, klinische und chemische Studien zur Ätiologie der Gallensteine, mit besonderer Berücksichtigung der japanischen und deutschen Verhältnisse. I. chirurg. Klin., Univ. Kiuschu, Japan. Arch. f. klin. Chir. Bd. 101. H. 1. p. 54—117.
129. Mocquot, Pierre, Recherches expérimentales sur les anastomoses des voies biliaires avec l'estomac et avec l'intestin. Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris. Jahrg. 88. Nr. 5. p. 243—259.
130. *Molineus, Über die Möglichkeit eines Choledochusersatzes durch Einpflanzung des Processus vermiformis. Akad. f. prakt. Med., Düsseldorf. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 121. p. 447—454.
131. Morison, Albert E., Typhoid cholecystitis. Brit. med. Journ. Nr. 2764. p. 1578—1579.
132. Morone, Giovanni, Per la coledocolitotomia transpancreatica. Contributo clinico e ricerche anatomiche. 1. 2. Clin.-chirurg. operat., univ. Pavia. Rif. méd. Tome 29. p. 174—178 u. 201—212.
133. Moynihan, Sir Berkeley, An Adress on gall stones. (Über Gallensteine.) Brit. med. Journ. Vol. 2714. p. 8.
134. *Müller, O., Die Diagnose und Behandlung des dysenterischen Leberabszesses. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. Bd. 17. Nr. 9. p. 289—303 u. Nr. 10. p. 335—351.
135. *Murawieff, A. M., Leberabszess nach Scharlach bei einem achtjährigen Jungen. Landschaftskrankenhaus, Staraja Russa. Chirurgia. Bd. 33. p. 220—224. (Russisch.)
136. Mysch, W. M., Zur Kasuistik der Radikaloperation des Echinococcus alveolaris der Leber.) Chir. Univ.-Klinik des Prof. Mysch in Tomsk, Sibirien. Chirurgitscheski Archiv Weljaminowa. Bd. 29. H. 2. p. 175—178. (Russisch.)
137. *Nauwerck, C., und Lübke, Gibt es eine gallige Peritonitis ohne Perforation der Gallenwege? Pathol.-hyg. Inst., Chemnitz. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 624.
138. Nordmann, O., Transjejunale Hepatikusdrainage. Städt. Auguste-Viktoria-Krankenhaus, Berlin-Schöneberg. Arch. f. klin. Chir. Bd. 101. H. 4. p. 1061—1074.
139. Norris, Henry, Solitary cysts of the liver. Ann. of Surg. Vol. 57. Nr. 6. p. 805.
140. *Nowicki, Zur Kasuistik der durch einen Spulwurm hervorgerufenen Leberabszesse. Pathol.-anat. Inst., Univ. Lemberg. Zentralbl. f. allg. Path. u. path. Anat. Bd. 24. Nr. 7. p. 295—296.
141. Ogata, Tomosaburo, Über einen Fall von septischem Ikterus. Pathol. Inst., Freiburg i. Br. Zieglers Beitrag z. path. Anat. u. z. allg. Path. Bd. 55. p. 315—321. (Stauungsikterus infolge intermediärer Lebernekrose.)
142. — Beiträge zur experimentell erzeugten Leberzirrhose und zur Pathogenese des Ikterus mit spezieller Berücksichtigung der Gallenkapillaren bei der Unterbindung des Ductus choledochus und der Ikterogenvergiftung. Pathol. Inst., Univ. Freiburg i. Br. Zieglers Beitr. z. path. Anat. u. z. allg. Path. Bd. 55. p. 236—314.
143. Ophüls, W., Cholelithiasis with a short review of one hundred necropsies. Pathol. laborat., Stanford univ. med. scholl. California State Journ. of Med. Vol. 11. Nr. 8. p. 310—313.
144. Opie, Eugene L., Human botryomycosis of the liver. Dep. of pathol. Washington univ. med. school, St. Louis. Arch. of Intern. Med. Vol. 11. Nr. 4. p. 425—439.
145. *Opokin, A. A., und W. N. Schamoff, Zur Frage der blutstillenden Wirkung der Muskeln bei Leberverletzungen. Arb. a. d. chirurg. Klin. d. Prof. S. Fedoroff a. d. Milit. med. Akad. in St. Petersburg. Bd. 7. p. 91—119. (Russisch.)
146. *Orlowski, Witold, Zur perkutorischen Untersuchungsmethode der Leber. Arch. f. Verdauungskrankh. Bd. 19. H. 5. p. 518—532.
147. *Orth, Oscar, Kasuistischer und experimenteller Beitrag zur Leber- und Gallengangsruptur. Arch. f. klin. Chir. Bd. 101. H. 2. p. 369—375.

148. Ortner, N., Bemerkungen zur Arbeit Severins in Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurige. Bd. 25. H. 5. Mitteilg. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 26. H. 1. p. 195—196.
149. Outerbridge, Geo. W., Carcinoma of the papilla of Vater. Ann. of Surg. Vol. 57. Nr. 3. p. 402—426.
150. Pagenstecher, Ernst, Über den Krebs der Gallenblase. Samml. klin. Vorträge. Nr. 686/687. p. 1—42.
151. *Pervès et Oudard, Une série de vingt cas personnels d'abcès du foie des pays chauds. Arch. de méd. et pharm. nav. Tome 99. Nr. 4. p. 241 u. Nr. 5. p. 321.
152. Phillips, Sidney, Growths in the gall-bladder and growths in the bile-ducts. Lancet. Vol. 184. Nr. 21. p. 1442—1443.
153. *Plicque, A. F., Le traitement des abcès du foie. Brit. méd. Jahrg. 27. Nr. 61. p. 7711—7713.
154. Pollak, Rudolf, Gallenblase und weibliches Genitale. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 1. H. 12. p. 521—535.
155. Poppert, Längsschnitt bei der Operation an den Gallenwegen. Mittelrhein. Chirurgenvereinig., Tag. Marburg, 7. Juni. Zentralbl. f. Chir. Bd. 40. Nr. 30. p. 1181—1183.
156. Propping, Karl, Regenerierung des Choledochus nach Einlegen eines T-Rohres. Chirurg. Klin., Frankfurt a. M. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 83. p. 369—378.
157. *Pujol, Abcès du foie et de la paroi abdominale à paratyphique B. Laborat. de bact. de Toulouse. Prov. méd. Tome 26. p. 27—28.
158. Reinhardt, Ad., Intraperitoneale Blutung infolge isolierter Zerreissung eines Astes (Arteria phrenica) der linken Leberarterie. Senckenberg. pathol. Inst., Frankfurt a. M.) Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 122. H. 3/4. p. 309—317.
159. *Reiniger, Clara, Über die Entstehung von Leberabszessen auf rückläufigem Wege. Landeskrankenanst., Brünn. Frankf. Zeitschr. f. Pathol. Bd. 13. H. 1. p. 103—113.
160. Remsen, Charles M., Acute perforative cholecystitis complicated by general peritonitis. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 16. Nr. 4. p. 386—390.
161. *Riese, H., Die Ätiologie und pathologische Anatomie der Gallensteinkrankheit. Ergebn. d. Chir. u. Orthop. Bd. 7. p. 454—514. Berlin, Springer.
162. Rittershaus, Über die spontane Vereiterung von Leberechinokokken. Herzogl. Landkrankenh., Koburg. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 85. H. 3. p. 641—645.
163. Robin, Albert, Recherches sur la composition chimique du cancer du foie. Bull. de l'acad. de méd. Tome 69. p. 46—60.
164. — Recherches sur la composition chimique du cancer du foie. Les principes inorganiques. Bull. gén. de thérapeut. méd. chirurg., obstétr. et pharmaceut. Tome 165. Nr. 6. p. 195—206.
165. Roccavilla, Andrea, et Giorgio Pusinich, Sulla tubercolosi biliare intraepatica. Istit. di anat. patol., Padova. Morgagni. Vol. 55. p. 66—80 u. 81—104.
166. *Rosenthal, R., Über Askaridiasis der Gallenwege mit Berücksichtigung eines selbst beobachteten Falles. Neues Vincentiuskrankenh., Karlsruhe. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 121. p. 544—559. (Literatur.)
167. Rost, Franz, Die funktionelle Bedeutung der Gallenblase. Experimentelle und anatomische Untersuchungen nach Cholezystektomie. Chirurg. Klin., Univ. Heidelberg. Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 26. H. 5. p. 710—770. (Nach Experimenten am Hunde bringt die Zystektomie im Gesamtstoffwechsel keinen Ausfall.)
168. *Rouget, Abcès amibien du foie traité par la ponction évacuatrice et les injections sous-cutanées d'émétine, guérison. Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris. Jahrg. 29. Nr. 13. p. 809—812.
169. *Rubaschow, S., Über Bradykardie bei Leberverletzungen. Erwiderung auf die Arbeit von Dr. Hans Finsterer. Chirurg. Klin., Univ. Moskau. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 121. p. 515—519.
170. Ruge, Georg, Abweichungen am linken Lappen der menschlichen Leber. 1—4. Gegenbaurs morphol. Jahrb. Bd. 45. H. 3. p. 409—430.
170. Salomon, Die diätetische Behandlung der Gallensteinerkrankung. Med. Klinik. Jahrg. 9. Nr. 33. p. 1317—1318.
172. Sambuc, E., Les abcès du foie à l'hôpital de Haiphong. Arch. gén. de chir. Jahrg. 7. Nr. 6. p. 641.
173. *— Notes cliniques sur les abcès du foie au Tonkin. Ann. d'hyg. et de méd. colon. Tome 16. Nr. 1. p. 48.

174. De Sarlo, E., L'epatite suppurativa nel presidio die Derna. Giorn. di med. milit. Jahrg. 61. Nr. 4/5. p. 241—254.
175. Sasse, E., Über Choledocho-Duodenostomie. St. Marienkrankenh., Frankfurt a M. Arch. f. klin. Chir. Bd. 100. p. 969—984.
176. Savy, P., P. Bonnet et J. F. Martin, Tumeurs bénignes des voies biliaires. Lyon chir. Tome 9. Nr. 6. p. 673—689.
177. Schotten, Ferdinand, Über kongenitalen Defekt der Gallenausführungsgänge. Allg. Krankenh. St. Georg, Hamburg. Mitt. a. d. Hamburg. Staatskrankenanst. Bd. 14. H. 1. p. 1—8.
178. Seenger, J. C., Über Aktinomykose der Leber. I. chirurg. Klin., Univ. Budapest. Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Phys. Bd. 213. H. 2/3. p. 522—528.
179. Severin, Josef, Über Pneumokokkensepsis und Pneumokokkenmeningitis im Anschluss an kalkulöse purulente Cholecystitis und abszedierende Cholangitis. Med. Klinik, Univ. Breslau. Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 25. p. 797—807.
180. *Sewell, E. P., A case of amoebic abscess of the liver which had burst into the lung, cured by emetine hydrochloride. Journ. of the roy. army med. corps. Vol. 20. Nr. 6. p. 700—702.
181. Sherren, James, Gall-stones, observations on the symptoms, diagnosis, and surgical treatment. Practit. Vol. 90. Nr. 3. p. 522—537.
182. Sherrill, J. Garland, Observations on surgery of the liver and bile passages. Louisville month. Journ. Vol. 19. Nr. 11. p. 321—333.
183. Short, A. Rendle, The end-results of cases operated on for gallstones. Bristol med.-chirurg. Journ. Vol. 31. p. 34—40.
184. Smith, Geo. Milton, Morphological changes in tissues with change in environment. Changes in the gall-bladder following autoplastic transplantation into the gastrointestinal tract. Dep. of pathol. Washington univ., St. Louis. Journ of Med. res. Vol. 27. p. 399—423.
185. Sonntag, Erich, Beitrag zur Frage der solitären, nichtparasitären Leberzysten. Chirurg. Klin., Leipzig. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 86. H. 2/3. p. 327—377.
186. *Spittel, R. L., The effects of emetine on abscess of the liver. Brit. med. Journ. Nr. 2756. p. 1058.
187. Stetten, De Witt, Angulation of the junction of the hepatic and common ducts after cholecystostomy, simulating common duct obstruction. Ann. of Surg. Vol. 57. p. 182—187.
188. Streissler, Eduard, Über Gallensteinleiden. Klin.-therapeut. Wochenschr. Jahrg. 20. Nr. 39. p. 1173—1181.
189. *Stuckey, L., Die freie Netztransplantation zur Blutstillung bei Gallenblasenexstirpationen. Chir. Abt. d. städt. Obuchow-Krankenh. in St. Petersburg. Jahrg. 22. p. 43—44. (Russisch.)
190. — Ein Fall von einem sehr grossen Stein des Ductus choledochus. Chir. Abt. d. städt. Obuchow-Krankenh. f. Männer. Dir. Prof. Zeidler. Verh. d. wiss. Vereins d. Ärzte d. städt. Obuchow-Krankenh. in St. Petersburg. Jahrg. 22. p. 44—45. (Russisch.)
191. Tenani, Ottorino, Ittero cronico da compressione dell' epatico per parte di gangli tubercolari. Arcisped. di S. Anna, Ferrara. Morgagni I. Jahrg. 55. Nr. 5. p. 173—184.
192. *Thevenot, Lucien, et G. Plontz, Formes anormales des abcès du foie d'origine Progr. méd. Tome 41. p. 41—45. Kommen auch bei Kindern, auch bei nicht tropischer Dysenterie vor.)
193. *Thöle, F., Chirurgie der Lebergeschwülste. Neue deutsche Chir. Stuttgart, Enke. 374 p. Mk. 14,—.
194. Toida, R., Über einen Fall von grosser kongenitaler, sanduhrförmiger Gallenblase. I. chirurg. Klin., Univ. Kiuschu, Japan. Arch. f. klin. Chir. Bd. 100. p. 1188—1192.
195. *Valence, Abcès du foie traité selon la méthode de Rogers. Cures d'émétine contre l'amibiase. (Leberabszess; Behandlung nach der Methode von Rogers mit Emetinkuren.) Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris. Jahrg. 29. Nr. 27. p. 276 bis 282.
196. Vanzetti, Ferruccio, Contributo alla conoscenza delle atresie congenite delle vie biliari. (Beitrag zur Kenntnis der kongenitalen Atresien der Gallenwege.) Istit. di ant. patol., univ. Torino. Arch. p. le scienze med. Vol. 37. Nr. 1. p. 1—41.
197. Vigyázio, Gyula, Schussverletzung der Gallenblase. Budapesti kir. Orosegyesiitet éretesitöje. Jahrg. 2. Nr. 387. (Ungarisch.)

198. Walcker, F., Beiträge zur Frage der Pfortaderthrombose. Arbeiten der chirurg. Klin. des Prof. Oppel in St. Petersburg. Bd. 4. p. 158—205. (Russisch.)
199. Waljaschko, G. A., und A. A. Lebedew, Zur Frage der Behandlung von Leber-, Milz- und Nierenwunden. Abt. f. operat. Chirurgie am Med. Inst. f. Frauen, Charkoff. Russki Wratsch. Bd. 12. Nr. 28. p. 989—999. (Russisch.)
200. Ylppö, Arvo, Zwei Fälle von kongenitalem Gallengangsverschluss. Fett- und Bilirubin-Stoffwechselversuche bei einem derselben. Kaiserin Auguste Victoria-Haus. Zeitschr. f. Kinderheilk. Orig.-Bd. 9. H. 3/5. p. 319—337.
201. Zarzycki, Stefan, Typhöse Infektion der Gallenwege bei Aplasie der Gallenblase. II. med. Klin., Wien. Wiener klin. Wochenschr. Jahrg. 26. Nr. 20. p. 798—800.
202. Zellweger, Helene, Die Bedeutung des Lymphatismus und anderer konstitutioneller Momente für Gallensteinbildung. Pathol.-anat. Inst., Basel. Zeitschr. f. angew. Anat. u. Konstitutionsl. Bd. 1. H. 1. p. 75—96.

An **Übersichtswerken** liegt Ewalds (48) Monographie der Leberkrankheiten vor. Thöle (193) bearbeitet monographisch die Chirurgie der Lebergeschwülste. Kehrs (96, 97 und 98) fruchtbare Feder bringt zwei grössere Bearbeitungen in drei Bänden der Chirurgie der Gallenwege, das eine Werk, in der neuen deutschen Chirurgie erschienen, soweit das bei Kehr möglich ist, nüchterner, das andere mit vielen zum Teil bewundernswerten Bildern persönlicher, künstlerisch gefasst und anmutend.

Zur **Funktionsprüfung** der Leber soll nach Hohlweg (85) nicht nur festgestellt werden, ob nach 100 g Lävulose eine Zuckerausscheidung auftritt oder nicht, sondern auch bei welcher Menge die Zuckerausscheidung beginnt. Die Toleranzgrenze ist um so geringer, je stärker die Parenchymschädigung der Leber ist. Beim Steinverschluss des Choledochus und beim Icterus catarrhalis ist die Toleranz stark herabgesetzt, bei Lebertumoren dagegen kaum vermindert.

Für die **Feststellung der Lebergrenzen** ist nach Orlowski (146) die Orthoperkussion der Perkussion überlegen. Sie leistet auch dann noch gute Dienste, wenn die Palpation versagt.

Rubaschow (169) will **Pulsverlangsamung** nicht als charakteristisches Zeichen für **Leberverletzung** gelten lassen. Er bringt 35 klinische Fälle von Bradykardie bei fast allen Arten von Bauchverletzungen. Bei 14 Hundeversuchen fand er regelmässig Tachykardie bei Leber- und Gallenblasenverletzungen. Finsterer (54) sucht die Sätze Rubaschows zu entkräften und ist überzeugt, dass ein voller, kräftiger und langsamer Puls nicht gegen die Diagnose einer inneren Blutung durch Leberverletzung spricht. Kirchenberger (104) schliesst sich Finsterers Standpunkt an auf Grund einer Beobachtung einer Hufschlagverletzung der Leber und Orth (147) eines Leberrisses durch Fall mit dem Fahrrad entstanden.

Jacquin (91) fand die **blutstillende Wirkung des Netzes** bei Leberwunden im Hundeexperiment bestätigt. Freie Netzlappen sind den gestielten vorzuziehen, weil sie sich rings am Wundrande leichter und genauer fixieren lassen. Frei transplantierte Netzstücke zeigten nach zwei Monaten bindegewebige Umwandlung. Stuckey (189) benutzte das Netz zur Blutstillung bei Gallenblasenexstirpation mit vorzüglichem Erfolg. Versuche, statt Netz **Faszie und Muskel** zu verwenden, fielen weniger befriedigend aus. Opokin und Schamoff (145) stellten im Versuch an Hunden auch vom Muskelgewebe eine vorzügliche blutstillende Wirkung fest. Die fixierenden Nähte spielen dabei eine geringe Rolle. Zwar findet durch das Muskelgewebe eine gewisse Tamponade statt, doch zeigt vor allem der Extrakt aus Muskelgewebe stark blutgerinnende Eigenschaften.

Dass Askariden in die Gallenwege eindringen können, wurde von Hinterstoisser (79) und in ausführlicher, die Literatur berücksichtigender Arbeit von Rosenthal (166) bestätigt. Die Erscheinungen decken sich mit denen der Cholelithiasis oder eines Leberabszesses. Nowicki (140) zeigt, dass solche Spulwürmer tatsächlich zur Bildung von Leberabszessen die Veranlassung sein können.

Einen **Leberabszess** als Folgen eines Traumas (Stoss durch einen Schulkameraden bei einem fünfjährigen Jungen) teilt d'Agostino (2) mit, einen Leberabszess bei Appendizitis Baradulin (8), bei Scharlach Murawieff (135), bei Paratyphus Pujol (157), bei Tuberkulose Mériel (126), nach gonorrhoischer Salpingo-Oophoritis Frosch (61) und nach jauchiger Endometritis Clara Reiniger (159), die sich an der Hand ihrer beiden Fälle mit der Entstehung von Leberabszessen beschäftigt.

Entsprechend der Ausdehnung überseeischen Verkehrs und überseeischer Beziehungen nimmt die Literatur über den **tropischen Leberabszess** zu. Im fernen Osten ist nach Sambuc

(172 und 173) der Leberabszess eine der häufigsten Todesursachen. Die dysenterische Ätiologie wird von allen Seiten anerkannt. [Sambuc (172 und 173), Pervès et Oudard (151) u. a.] Doch braucht die Dysenterie nicht tropischen Ursprunges zu sein [Thevenot et Plontz (192)]. Alle diagnostischen Zeichen können lange Zeit fehlen [Guillon (69)]. Dass auch andere intestinale Prozesse Leberabszesse zur Folge haben können, betont Cardarelli (30). Müller (134) entwirft auf Grund von 28 Fällen, sämtlich Männer, ein Bild seines diagnostischen und therapeutischen Verfahrens. Alkohol spielt in der Entstehung keine Rolle. Bei der Diagnose wird neben den bekannten Zügen die Wichtigkeit der Urobilinreaktion betont, die Aufschluss gibt, ob die Funktion der Leber durch pathologische Veränderungen gestört ist. Besonders ist ihr Fortbestehen nach Eröffnung eines Abszesses für die Diagnose eines zweiten wichtig. Hautvenen über der Leber erweitert. Leukozytose meist wenig ausgeprägt (10—1600) oder nicht vorhanden. Punktionsnadel 10 cm lang, mindestens 1 mm lichte Weite! Prädilektionsstelle im VIII. Zwischenrippenraum in einer der drei Axillarlinien. Zur Operation wird das einzeitige Verfahren bevorzugt. Die Leber wird breit und schichtweise freigelegt, Pleurablätter vernäht, Peritoneum abtamponiert. Liegt der Abszess nahe (1—2 cm) der Leberoberfläche, breiter Einschnitt; liegt er tiefer, so wird ein stumpfer Metalltroikart von 1 cm lichter Weite eingestossen. Nach fünf Tagen wird durch die Kanüle ein Gummidrain eingeführt. Mortalität 25%.

Die **Prognose** ist nach Sambuc (172 und 173) und Pervès et Oudard (151) deswegen in der Heimat besser, weil im allgemeinen nur die chronischen Fälle in die Heimat gelangen und die akuten vorher sterben.

Bei der **Operation** des Leberabszesses wird vor Chloroform mehrfach gewarnt, von Plicque (153) u. a. Von vielen Seiten wird die **überraschend günstige Wirkung des Emetin auf dysenterische Leberabszesse betont.** Sein Einfluss auf die Amöben wird mit dem des Chinin auf Malariaerreger verglichen. Bei kleinen Abszessen genügt die Aspiration des Eiters und die Injektion von Emetin 0,05 zu 30,0 in die Höhle, bei grösseren Abszessen muss die Aspiration und Einspritzung mehrfach wiederholt werden, oder die breite Eröffnung wird durch Emetinspülungen und Tamponade unterstützt. Auch subkutane Darreichung von Emetin wirkt sicher und günstig, wird bei bindegewebigen Abszessmembranen sogar der örtlichen Behandlung vorgezogen; auch von innerer Darreichung sah man Erfolge [Chauffard (33 und 34), Flandin et Dumas (56), Rouget (168), Costa (41), Gouget (67), Sewell (67), Mallannah (120), Valence (195), Baur et Plisson (9), Spittel (186)].

Über die **Entstehung des Gallensteinleidens** gibt Bacmeister (6) eine ausgiebige Zusammenstellung. Die Steinbildung ist nicht die eigentliche Krankheit, sondern stets sekundär. Vorbedingungen sind 1. Stauung und daraus resultierende Zersetzung der Galle, die zur Entzündung disponiert, und 2. Steigerung des Cholesteringehalts der Galle, die sich zeigt bei Diabetes, Fettsucht, Arteriosklerose, Nierenerkrankungen, Wochenbett, Laktation, Typhus usw. Die Behandlung muss daher nicht nur auf Entfernung der Steine bedacht sein, sondern vor allem auf Schaffung guten Gallenabflusses, auf Herabsetzung der Cholesterien-Ausscheidung und auf Ausheilung entzündlicher Zustände im Gallensystem. Im allgemeinen schliesst sich Riese (161) diesen Ergebnissen an. Er sieht ebenfalls in der Stauung der Galle, der Übersättigung der Galle mit Cholesterin und der Entzündung die Ursache des Steinleidens. Er leitet aus den Untersuchungen Aschoffs eine neue Phase in der Erkenntnis des Gallensteinleidens her. Der wichtigste Unterschied zwischen Naunyns und Aschoffs Lehren liegt in dem Nachweis Aschoffs, dass die Gallensteine in einer grossen Zahl der Fälle in der sterilen Gallenblase entstehen, dass also die Hypothese von der Entstehung aller Gallensteine durch Infektion der Gallenwege unrichtig ist. Der monistischen Theorie Naunyns steht also die dualistische Aschoffs gegenüber. Auch Aschoff (4) selbst ergreift nochmal das Wort, um von Aoyamas (3) Befunden unterstützt, seine eben gezeichneten Ansichten gegen die von Kretz (Handbuch von Krehl und Marchand) vertretene Theorie Naunyns zu schützen.

Nach Miyake (128) sind Gallensteine in Japan wesentlich seltener als in Deutschland (halb so häufig). Die Frequenz der Gallensteine bei Frauen zu der bei Männern verhält sich in Japan wie drei zu zwei. Der Unterschied ist also wesentlich geringer als in Deutschland. Die relative Seltenheit der Gallensteine bei der Japanerin ist hauptsächlich auf das Nichttragen des Korsetts zurückzuführen. Dass die Gallensteine auch in Japan bei den Frauen überwiegen, dafür ist die Schwangerschaft die Ursache. Ihr Einfluss wird im übrigen in Deutschland überschätzt. Ferner spielen in der Ätiologie der Gallensteine in Japan die Parasiten (Askaris und Distomum) eine mächtige Rolle. In der grössten Mehrzahl handelt es sich um Pigmentsteine, während Cholesterinsteine selten sind. Die Veranlassung dafür

liegt in der Eigentümlichkeit der japanischen Volkskost, die zur mangelhaften Bildung von gallensaurem Salz, mithin auch des Cholesterins, führt.

Zur Kenntnis der **operativen Indikationen** und der **chirurgischen Therapie** bei Gallensteinen sei vor allem Axhausens (5) Zusammenstellung empfohlen. Heidenhain (76) hält auch beim akuten Choledochusverschluss eine Operation für indiziert, wenn die Gelbsucht nicht längstens innerhalb einer Woche unter völliger Erholung des Kranken gänzlich verschwunden ist. Der Eingriff im akuten Stadium ist weder schwierig, noch gefährlich und sicherer, als der Eingriff im chronischen Zustand. Weiter empfiehlt Heidenhain, wenn Verdacht auf Choledochusstein besteht, nicht transduodenal vorzugehen, sondern mit dem Zeigefinger am unteren Rand des Foramen Winslowii das Duodenum abzulösen und so den retroduodenalen Teil des Choledochus abzutasten.

Von technischen Neuerungen seien nur die vielversprechenden Versuche von Molineus (130) erwähnt, den zerstörten Choledochus durch den Processus vermiformis zu ersetzen und die experimentelle Verwendung der Fascia lata bei Leberresektionen nach Kornew und Schaack (106) und Chessin (37).

Die **gallige Peritonitis ohne Perforation der Gallenwege** wollen Nauwerck und Lübke (137) nicht anerkennen. Sie konnten bei einem Autopsiebefund eine mikroskopische Perforation der Gallenwege nachweisen, und nehmen eine solche als notwendig stets vorhanden an. Clairmont und Haberer (38) hingegen erkennen zwar die Möglichkeit kleinster Perforationsöffnungen an, beharren aber bei ihrer Ansicht, dass in gewissen Fällen keine nachweisbare Perforation, sondern eine diffuse abnorme Durchlässigkeit für die Galle besteht. Favreul (50) teilt eine dahingehende Beobachtung mit. Auch Brugnatellis (25) Fall scheint hierhin zu gehören, während Hugel (88) in seinen Fällen eine mikroskopische Perforation wahrscheinlich ist.

F. Pankreas.

1. Apolant, H., Beitrag zur Pathologie des Pankreas. Kgl. Inst. f. exp. Therap., Frankfurt a. M. Virchows Arch. f. pathol. Anat. und Physiol. Bd. 212. H. 2. p. 188—190.
2. Archibald, Edward, Ideas concerning the causation of some cases of pancreatitis Canad. Journ. of Med. and Surg. Vol. 33. Nr. 4. p. 263—268.
3. Arnsperger, Zur Entstehung der akuten Pankreatitis. Chirurg.-Kongr.
4. Babitzky, Ein Fall von akuter hämorrhagischer Pankreatitis. Einige Bemerkungen über Pseudoperitonitis. Alexander-Krankenh., Kijew. Kijewskija Universitetskija Iswestija. Annalen der K. Univ. Kijew. Jahrg. 53. Nr. 7. p. 393—430. (Russisch.)
5. Bittorf, A., Über Abszesse im Saccus omentalis nach Pankreasnekrose. Med. Klin., Breslau. Mitteilg. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 26. H. 1. p. 109—116.
6. Blaxland, A. J., and G. P. C. Claridge, Remarks on acute pancreatitis. With notes of seven cases. Brit. med. Journ. Nr. 2761. p. 1423.
7. Bremer, Fritz, Contribution à l'étude histophysiologique de da sécrétion externe du pancréas chez le chien. Laborat. de physiol., Bruxelles. Ann. et bull. de la soc. roy. des scienc. méd. et natur. de Bruxelles. Jahrg. 71. Nr. 4. p. 82.
8. Bungart, J., Zur Pathologie und Klinik der akuten und hämorrhagischen Pankreatitis. Akad. f. prakt. Med., Köln a. Rh. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 125. H. 5/6. p. 530 bis 558.
9. Carwardine, T., and A. Rendle Short, The surgical significance of the accessory pançreas. Ann. o. Surg. Bd. 57. Nr. 5. p. 653—657.
10. Chabrol, E., L'infarctus hémorragique du pancréas par pyléphlébite. Arch. des malad. de l'appar. dig. Jahrg. 7. Nr. 9. p. 481—497.
11. Cholmeley, W. F., Two cases of pancreatic cyst. Lancet. Vol. 184. p. 518.
12. *Cohnheim, P., Die Erkrankungen des Pankreas und ihre Behandlung. Therap. d. Gegenw. Bd. 54. p. 152—159.
13. Craglietto, Virgilio, Echinococco solitario della testa del pancreas. Osped. prov., Pola (Istria). Clin. chir. Jahrg. 21. Nr. 4. p. 787—759.
14. Crohn, Burrill, B., The diagnosis of the functional activity of the pancreatic gland by means of ferment analyses of the duodenal contents and of the stools. Am. Journ. of the Med. Scienc. Vol. 145. p. 393—405.
15. Deaver, John, B., Pancreatic lymphangitis and chronic pancreatitis. Journ. of the Am. Med. Assoc. Vol. 60. p. 1—4.

16. Delfino, E. A., Über eine peripankreatische zwischen den Blättern des Mesocolon transversum entstandene Zyste. Inst. f. spez. chirurg. Pathol., Univ. Genua. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 121. p. 280—297.
17. Eggelkraut, M. v., Über Pancreatitis acuta. Dissert. München.
18. Fáykiss, Franz v., Über die akute Entzündung des Pankreas. Chirurg. Klinik, Budapest. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 82. p. 596—616.
19. — Über experimentelle Pankreasresektion und Pankreatoenterostomie. Chirurg. Univ.-Klin., Budapest. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 84. H. 1. p. 188—200.
20. Frahkau, Claude, Two cases of pancreatic cyst with acute symptoms. (Zwei Fälle von Pankreaszysten mit akuten Symptomen.) Lancet. Vol. 184. p. 519—520.
21. Galliard et Chifoliau, Un cas de pancréatite nécrosante. Bull. et mém. de la soc. méd. d. hôp. de Paris. Tome 29. p. 315—319.
22. Gellé, Le cancer primitif du pancréas. Etude histologique et physio-pathologique. Laborat. d'anat. pathol. d. fac. de méd., Paris et Lille. Arch. de méd. exp. Tome 25. p. 1—50.
23. — Les avantages de l'histologie comparée dans la compréhension de la physiologie normale et pathologique de la fonction endocrine du pancréas. Clinique. Bruxelles. Tome 27. p. 1—6.
24. Glässner, K., Pankreassteine. Klin.-therap. Wochenschr. Bd. 20. p. 67—68.
25. Gobiet, Josef, Beiträge zur akuten Pankreasnekrose. Gewerkschaftl. Krankenh., Orlau. Wiener klin. Wochenschr. Jahrg. 26. Nr. 35. p. 1381—1389.
26. *Haberer, H. v., Akute Pankreasnekrose. Chirurg. Klin., Innsbruck. Med. Klinik. Jahrg. 9. Nr. 38. p. 1532—1536. (Klinischer Vortrag; von der Operation können vielleicht die Fälle ausgeschlossen werden, die nach dem vierten oder fünften Tage noch langsamen und guten Puls haben.)
27. *Habs, Die Chirurgie des Pankreas. Med. Klinik. Jahrg. 9. Nr. 32. p. 1277—1281.
28. Hagedorn, Subkutane Pankreasquetschungen. Stadtkrankenh., Görlitz. Zentralbl. f. Chir. Bd. 40. p. 124—127. (Zwei Fälle; entstanden durch Überfahrung; Fettgewebsnekrosen; am freigelegten Pankreas waren makroskopisch Verletzungen nicht nachweisbar.)
29. Haines, W. D., Hemorrhagic pancreatitis. Lancet-Clin. Vol. 110. Nr. 8. p. 198—199.
30. Hédon, E., Sur la sécrétion interne du pancréas et la pathogénèse du diabète pancréatique. Expériences de transfusion. Mém. 2. Arch. internat. de physiol. Tome 13. Nr. 3. p. 255—288.
31. Hofmann, Arthur, Zur Operation der akuten Pankreatitis. Münchn. med. Wochenschr. Jahrg. 60. Nr. 44. p. 2456. (Bandartiger, mit einem Finger auslösbarer Druckschmerz längs dem linken Rippenbogen ist diagnostisch wichtig.)
32. Izumi, G., Über die durch Askariseier verursachte Pankreatitis. Nippon-Geka-Gakkai-Zassi 14. Nr. 3. p. 17—80. (Japanisch.) (Der Askaris ist kein harmloser Schmarotzer; der durch den Duktus eindringende Wurm trägt Infektionserreger mit sich; die Eier führen im Pankreas zu Tuberkelbildung.)
33. Joseph, H., und J. Pringsheim, Zur Frage der Immunität gegen Pankreasnekrose. Städt. Allerheiligenhosp., Breslau. Mitteilg. a. d. Grenzgeb. Bd. 26. H. 2. p. 290.
34. Knape, Die Pankreashämorrhagie. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 121. p. 471—498. (Die Ätiologie der akuten Pankreaschirurgie ist nicht einheitlich. Die Ursachen liegen teils im Pankreas selbst, teils treten sie an die Drüse in Form von Nervenreizen heran. Der Angriffspunkt ist stets das Gefässnervensystem.)
35. Koch, Karl, Beiträge zur Pathologie der Bauchspeicheldrüse. Pathol. Inst., Berlin. Virchows Arch. Bd. 214. H. 2. p. 180—205.
36. Koslowsky, Drei Fälle von akuter Pankreaserkrankung mit multiplen Nekrosen des subperitonealen Fettgewebes. Marien-Krankenh., St. Petersburg. Russki Wratsch. Bd. 12. H. 21. p. 768—770 u. H. 22. p. 805—808. (Russisch.)
37. Langer, Ernst, Die Cammidgereaktion und ihre Bedeutung für die Diagnostik der Pankreaserkrankungen. II. Wien. med. Univ.-Klin. Wien. klin. Wochenschr. Bd. 26. p. 331—334.
38. Lattes, Leone, Über Pankreasvergiftung. Inst. f. gerichtl. Med., Univ. Turin. Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. Bd. 211. p. 1—43.
39. Mac Lennan, A., Report of three cases of pancreatitis, with two recoveries. Glasgow med. Journ. Vol. 79. p. 23—29.

40. Marcantonio, Angelo, Le pancreatiti acute. Sintomatologia, lesionianatomiche, ricerche sperimentalis sulla patogenesi. Istit. d'ig. univ. Napoli. Tommasi. Jahrg. 8. Nr. 8. p. 179—182. Nr. 9. p. 189—195. Nr. 10. p. 223—232 u. Nr. 11. p. 246—248.
41. Mason, J. M., and E. M. Mason, A tuberculous cyst, probably of pancreatic origin. Surg. Gyn. and Obst. Vol. 16. p. 96—98. (Tuberkulose wird, trotzdem am Pankreas sehr selten, aus dem pathologisch-anatomischen Befund gefolgert.)
42. Matsuo, Iwawo, On the secretion of pancreatic juice. III. med. Klin., univ. Kyoto. Journ. of Physiol. Vol. 45. p. 447—458.
43. *Mayo, William J., The surgery of the pancreas. Ann. of Surg. Vol. 58. Nr. 2. p. 145.
44. Möllering, J. H., Über Cholelithiasis als Ursache der Pankreasfettnekrose. Pathol.-anat. Inst., Greifswald. Dissert. Greifswald.
45. Mullally, E. J., Liposis pancreatica. Canad Med. Assoc. Journ. Vol. 3. Nr. 5. p. 382 bis 388.
46. Nagy, S., Beiträge zur Diagnose der akuten Entzündung des Pankreas. Med. Klin., Univ. Kolozsvar. Wien. klin. Wochenschr. Bd. 26. p. 327—331.
47. Nauwerck, C., Nochmals die „Durchbohrung des Duodenums und des Pankreas durch eine Taenie". Pathol.-hyg. Inst., Stadt Chemnitz. Zentralbl. f. Bakteriol. Orig.-Bd. 69. H. 5/6. p. 434—436.
48. Nordmann, O., Experimente und klinische Betrachtungen über die Zusammenhänge zwischen akuter Pankreatitis und Erkrankungen der Gallenblase. Städt. Auguste-Victoria-Krankenh., Berlin-Schöneberg. Arch. f. klin. Chir. Bd. 102. H. 1. p. 66—120.
49. Pratt, Joseph H., and Fred T. Murphy, Pancreatic transplantations in the spleen. Laborat. of the theory a. pract. of physic, Harvard univers., Boston. Journ. of exp. Med. Vol. 17. p. 252—272.
50. Prosorowsky, N., Über Pankreasadenome. Kantonsspit., St. Gallen. Frankf. Zeitschr. f. Path. Bd. 13. H. 2. p. 320—337.
51. Reyher, Wolfgang v., Ein Beitrag zur Diagnose und Therapie der akuten Pankreaserkrankungen. Petersburg. med. Zeitschr. Jahrg. 38. Nr. 11. p. 128—132. (Zwei Fälle; Diagnose richtig vor der Operation gestellt; der Nekrose geht ein Stadium ausgesprochener Hyperämie voraus.)
52. Ricker, G., Zu der Abhandlung von H. Seidel: „Klinische und experimentelle Beiträge zur akuten Pankreasnekrose" im 85. Bd. dieser Zeitschrift. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 87. H. 3. p. 729—731. (Widerlegung auf Grund experimenteller Erfahrungen.)
53. Righetti, Carlo, Due casi di cisti del pancreas. R. Istit. chirurg., Firenze. Clin. Chir. Jahrg. 21. Nr. 10. p. 2077—2096.
54. Santini, Carlo, Il pancreas nella occlusione intestinale. Clin. chirurg., univ. Bologna. Gaz. internaz. di med., chir., ig. p. 11—14.
55. Schmidt, Ad., Über chronische Pankreatitis. Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 26. H. 1. p. 9—22. (Drei Fälle, bei allen ausgesprochene Störung der Fett- und Fleischverdauung, geringere der Stärkeverdauung; Befund leicht durch Stuhluntersuchung nach Probediät festzustellen; chirurgisch soll nur das Grundleiden angegriffen werden; die chronische Pankreatitis an sich ist intern zu behandeln.)
56. Seeber, Friedr., Über akute Pankreatitis bei Gallensteinen. St. Vincentiuskrankenh., Karlsruhe. Dissert. Heidelberg, Hch. Dörr.
57. Seidel, H., Klinische und experimentelle Beiträge zur akuten Pankreasnekrose. Stadtkrankenh. Friedrichstadt u. physiol. Inst., tierärztl. Hochschule, Dresden. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 85. H. 2. p. 239—399. (Sehr eingehende, umfangreiche Arbeit.)
58. Ssobolew, L. W., Beiträge zur Pankreaspathologie. 5. Zystische Höhlen in den Langerhansschen Inseln. Zentralbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. Bd. 24. Nr. 8. p. 341—343.
59. Sweet, J. E., High intestinal obstruction, postoperative ileus and acute pancreatitis. Pennsylvania med. Journ. Vol. 16. Nr. 7. p. 520—523.
60. Swope, L. W., Cholangitis and pancreatic lymphangitis. Transact. of the Amer. Assoc. of Obst. and Gyn.; 26. ann. meet., Providence, Rhode Island, 16., 17. and 18. Sept. Amer. Journ. of Obst. a. dis. of women a. childr. Vol. 68. Nr. 5. p. 1010—1016.
61. Walter-Sallis, Jean, Syphilis du pancréas. (Syphilis des Pankreas.) Ann. de derm. et de syph. Tome 4. Nr. 12. p. 657—668.
62. Whipple, G. H., and E. W. Goodpasture, Acute haemorrhagic pancreatitis. Peritoneal exsudate non-toxic and even protective under experimental conditions. Johns Hopkins med. school, Baltimore. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 17. Nr. 5. p. 541.

63. *Wolff, Albert, Pankreasdiagnostik und Therapie. Allg. T. Berlin, Allg. med. Verl.-Anst. (Monographie, kurz, keine Literatur.)
64. *— Ernst, Die chirurgische Behandlung der Pankreaserkrankungen. Chirurg. Klinik. städt. Krankenh., Frankfurt a. M. Fortschr. d. Med. Bd. 31. p. 8—20.

Eine vorzügliche Übersicht über den heutigen Stand unserer Kenntnisse der Pankreaserkrankungen gibt Habs (27). Ausführlicheres ebenfalls ohne Literatur bringt die Monographie von Albert Wolff (63). Übersichten liegen weiter vor von Ernst Wolff (64) und Cohnheim (12). Mayo (43) beschäftigt sich besonders mit den operativen **Verletzungen** der Bauchspeicheldrüse und ihrer Therapie, Haberer (26) bespricht die akute Nekrose. Klinisch liegen umwälzende Neuigkeiten nicht vor. Auf einige experimentelle Resultate wurde mit Schlagworten unter den Titeln hingewiesen.

G. Milz.

1. Ambrose, Theodore, Splenic anaemia and splenectomy. Austral. med. Gaz. Vol. 33. p. 173—174.
2. Amorosi, Prospero, Sopra un caso di splenectomia. Osp. civ., Venezia. Riv. veneta. Vol. 59. Nr. 10. p. 449—457. (Als Kind Malaria, mit 48 Jahren Milztumor, Verminderung der roten, Vermehrung der weissen Blutkörperchen, Kräfteverfall. Nach Splenektomie verschwinden die Beschwerden.)
3. Antonelli, Giovanni, Intorno agli itteri emolitici. Effetti della splenectomia su di una particolare forma di ittero emolitico acquisito con anemia a tipo pernicioso. Clin. med., Roma. Policlinico Sez. med. Jahrg. 20. Nr. 3. p. 97—115. Nr. 4. p. 170 bis 183. Nr. 5. p. 193—222.
4. Asher, Leon, und Hans Sollberger, Beiträge zur Physiologie der Drüsen. Mitteilung 19. Fortgesetzte Beiträge zur Lehre von der Funktion der Milz als Organ des Eiweissstoffwechsels. Über die Kompensationsvorgänge nach Milzexstirpation. Physiol. Inst., Univ. Bern. Biochem. Zeitschr. Bd. 55. H. 1/2. p. 13—44.
5. *Bland-Sutton, Sir John, Observations on the surgery of the spleen. (Milzchirurgie.) Brit. Journ. of Surg. Vol. 1. Nr. 2. p. 157—172.
6. *Cartolari, Enrico, Splenectomia per milza malarica, ipermegalica ed ectopica. Osp. civ. d. scada, Verona. Gazz. d. osp. e. d. clin. Jahrg. 34. Nr. 134. p. 1339.
7. *Davidson, Wilson, T., A case of spontaneous rupture of the malarial spleen, splenectomy. Texas State Journ. of Med. Vol. 9. Nr. 5. p. 151—152.
8. *Downes, William A., Primary splenomegaly of the gaucher type: splenectomy. Transact. of the New York surg. soc. meet. 12. Febr. Ann. of Surg. Vol. 57. Nr. 6. p. 935 und Med. Rec. Vol. 83. Nr. 16. p. 697.
10. Dröge, Karl, Über Veränderungen in der chemischen Konstitution des Tierkörpers nach Exstirpation der Milz, der Hoden und des Schilddrüsenapparates. Pflügers Arch. f. d. ges. Phys. Bd. 152. H. 7/10. p. 437—477.
11. Eppinger, Hans, Zur Pathologie der Milzfunktion. I. med. Klin., Wien. Berl. klin. Wochenschr. Jahrg. 50. Nr. 33. p. 1509—1512 u. Nr. 34. p. 1572—1576.
12. Espine, A. d', La maladie de Banti chez l'enfant, deux cas de maladie de Banti dans la première enfance. Rev. méd. de la Suisse Romande. Jahrg. 33. Nr. 5. p. 357—371 und Arch. f. Kinderheilk. Bd. 60—61. Festschr. f. Adolf Baginsky. p. 254—266.
13. Evans, Willmott H., Rupture of the spleen and liver; operation, recovery. Lancet. Vol. 184. p. 14—15. (Überfahrung von einem Wagen, Milz entfernt, Leber tamponiert, Heilung.)
14. Ewald, C. A., Milzvenenthrombose mit tödlicher Magenblutung. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 398—400.
15. — Ein Fall von Milztumor mit tödlicher Blutung. Allg. med. Zentralztg. Bd. 82. p. 48.
16. *Fata, M., Contributo alla splenectomia per torsione della milza. Osp. civ., Venezia. Riv. venety. Vol. 59. Nr. 6. p. 252—268. (Literatur.)
17. Fauntleroy, A. M., Traumatic rupture of the spleen (complete); splenectomy. Ann. of Surg. Vol. 57. p. 68—71. (Linksseitiger Schulterschmerz.)
18. *Feiertag, J., Zur chronischen familiären Splenomegalie „Typ Gaucher". St. Petersb. med. Zeitschr. Jahrg. 38. Nr. 21. p. 298—304.

19. *Fiori, Paolo, Un caso di splenomegalia emolitica trattata colla splenectomia. Ricerche cliniche, ematologiche ed istologiche. Istit. di patol. gen., univ. Modena. Sperimentale. Jahrg. 67. Nr. 2. p. 189—202.
20. Florowski, W., Zur Frage der Milzverletzungen. Chirurg. Abt. d. alten Stadtkrankenhaus, Odessa. Chirurgia. Bd. 34. p. 570—580. (Russisch.) (Wert der freien Netztransplantation!)
21. *Fowler, Royale Hamilton, Cysts of spleen, a pathological and surgical study. (Milzzysten.) Ann. of Surg. Vol. 57. Nr. 5. p. 685—690. (Literatur.)
22. *French, Herbert, Enlargements of the spleen. Guys Hosp. Gaz. Vol. 27. Nr. 653. p. 273—277 u. Nr. 654. p. 290—294.
23. Frey, Walter und S. Lury, Adrenalin zur funktionellen Diagnostik der Milz? Untersuchungen an klinischem Material. Kgl. med. Klin., Königsberg. Zeitschr. f. d. ges. exp. Med. Bd. 2. H. 1. p. 50—64.
24. Giffin, H. Z., The diagnosis of diseases associated with enlargement of the spleen. Journ.-Lancet. Vol. 33. Nr. 4. p. 97—100.
25. *— Clinical observations concerning twenty-seven cases of splenectomy. Amer. Journ. of the Med. Scienc. Vol. 145. Nr. 6. p. 781—795.
26. *Göbel, W., Zur operativen Behandlung der Bantischen Krankheit. Kölner Akad. f. prakt. Med. Klin.-therap. Wochenschr. Bd. 20. p. 73—81.
27. Groves, E. Hey, Splenectomy in Banti's disease. (Milzexstirpation bei Morbus Banti.) Brist. med.-chir. Journ. Vol. 31. Nr. 122. p. 331—333.
28. *Grützner, R., Über Morbus Banti. Fortschr. d. Med. Jahrg. 31. Nr. 32. p. 869 bis 872.
29. *— Beitrag zur Lehre vom Morbus Banti. Chirurg. Klin., Frankfurt a. M. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 85. H. 1. p. 131—143.
30. Guasoni, Eutimio, Ricerche sperimentali sulla riparazione delle ferite della milza trattate con la sutura. Istit. di patol. e clin. chirurg., univ. Camerino. Clin. chir. Vol. 21. p. 354—360. (Seidennaht unschädlich, bindegewebige Narbe.)
31. *Hahn, Heinrich, Innere Verblutung am siebenten Tage nach einer Milzverletzung. Krankenh. Maria-Hilf, Stommeln. Med. Klin. Jahrg. 9. Nr. 15. p. 585.
32. Harrower, Henry R., The splenic hormone. Med. council. Vol. 18. Nr. 7. p. 266.
33. *Huber, Über den Einfluss der Milzexstirpation bei perniziöser Anämie. Auguste-Victoria-Krankenh., Berlin-Schöneberg. Berl. klin. Wochenschr. Jahrg. 50. Nr. 47. p. 2179—2180.
34. Hübschmann, Das Verhalten der Plasmazellen in der Milz bei infektiösen Prozessen. Verhandl. d. Deutsch. pathol. Ges., 16. Tag., Marburg, 31. März bis 2. April. p. 110—115.
35. Hutchinson, J., A case of lieno-testicular band or ligament. Proc. of the Roy. Soc. of Med. Vol. 6. Nr. 8. Surg. sect. p. 241—242. (Gelegentlich einer Hydrocelenoperation bei einem zwölfjährigen Knaben gefunden.)
36. *— Excision of the spleen for splenic anaemia. Proc. of the Roy. Soc. of Med. Vol. 6. Nr. 8. Surg. sect. p. 236—240.
37. *Ishioka, S., Über einen Fall von Milzruptur durch leichtes Trauma bei Typhus als Unfallfolge. Med. Klin., Jena. Med. Klin. Bd. 9. p. 542—544.
38. Johannsson, Sven, Über spontane Milzruptur. Hygiea. Bd. 75. p. 68—91. (Schwedisch.)
39. *Junkermann, Julius, Fünf Fälle von subkutaner Milzruptur. Städt. Krankenanst., Dortmund. Dissert. Bonn. (E. Eisele.)
40. Kidd, Frank, Case of Banti's disease cured by splenectomy. Proc. of the Roy. Soc. of Med. Vol. 6. Nr. 8. Surg. sect. p. 225—232.
41. — Case of hypertrophy of spleen; mobility, rotation, peritonitis, adhesions; operation for removal of painful splenic tumour. Proc. of the Roy. Soc. of Med. Vol. 6. Nr. 8. Surg. sect. p. 232—235.
42. *Klemperer, G., und H. Hirschfeld, Milzexstirpation zur Behandlung der perniziösen Anämie. Städt. Krankenh. Moabit, Berlin. Ther. d. Gegenw. Jahrg. 54. H. 9. p. 385—390.
43. *Kopylow, N. W., Über Splenektomie bei Malariaaffektion der Milz. Arch. f. klin. Chir. Bd. 101. H. 3. p. 708—734.
44. Lange, W., Ein Fall von freier Netztransplantation bei Stichverletzung der Milz. Chir. Abt. d. städt. Obuchow-Krankenh. für Männer. Verh. d. Vereins d. Ärzte d. Obuchow-Krankenh. in St. Petersburg. Jahrg. 22. p. 31. (Russisch.)

45. Lutembacher, P., Un cas d'erythrémie (maladie de Vaquez) à forme splénomégalique. Bull. et mém. de la soc. mod. des hôp. de Paris. Tome 29. p. 623—624.
46. Martyn, H. L., A case of acute haemorrhagic splenitis with spontaneous rupture complicating early pregnancy. Lancet. Vol. 184. p. 317—318. (30jährige Frau im dritten Monat der Schwangerschaft, Exitus.)
47. *Mayo, William J., Surgery of the spleen. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 16. p. 233.
48. *Michelsson, Friedrich, Die Ergebnisse der modernen Milzchirurgie. Erg. d. Chir. u. Orth. Bd. 6. p. 480—535. Berlin, Springer.
49. — Zur Diagnose und Therapie der Schussverletzungen der Milz. I. Stadtkrankenh., Riga. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 124. H. 1/4. p. 328—345. (Ernste Prognose, Medianschnitt mit Querschnitt, Operation der Wahl ist die Splenektomie.)
50. *Montuoro, Fortunato, Die Wandermilz in ihren Beziehungen zu Geburtshilfe und Gynäkologie. Privatklin. v. Dr. F. Montuoro. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 73. H. 3. p. 702—736.
51. Mühsam, Richard, Exstirpation der Milz und der linken Niere wegen Überfahrung. Städt. Krankenh. Moabit, Berlin. Deutsche med. Wochenschr. Jahrg. 39. Nr. 22. p. 1044. (13jähriger Knabe, Heilung.)
52. Musser, jr. J. H., and Edward B. Krumbhaar, The relation of the spleen to blood destruction and regeneration and to hemolytic jaundice. John Herr Musser dep. of res. med., univ. of Pennsylvania, Philadelphia. Journ. of exp. Med. Vol. 18. Nr. 5. p. 487—493.
53. Muzj, Antonio, Azione dei raggi Roentgen sulla milza normale. Gabinet di electroterap., univ., Napoli. Giorn. internaz. d. scienze med. Vol. 35. p. 165—178. (Wirken in spezifischer Weise auf das lymphoide Gewebe. Vorsicht!)
54. *Nixon, J. A., Splenectomy for splenomegaly. Brist. med.-chir. Journ. Vol. 31. Nr. 122. p. 325.
55. *Noland, Lloyd, and Fred C. Watson, Spontaneous rupture of the malarial spleen. A report of 3 cases. Surg. clin. at Colon hosp., Cristobal, C. Z. Ann. of Surg. Vol. 57. p. 72—80.
56. *Norrlin, L., Über subkutane, traumatische Milzrupturen und ihre Behandlung. Uppsala Läkareförenings Förhandlingar N. F. Bd. 18. H. 4. p. 214—243. (Schwedisch.)
57. Parlavecchio, G., Sulla cura delle splenomegalie primitive con particolare riguardo alla exosplenolisi. Istit. oper. Palermo e sanat. chirurg. ginecol. Clin. chir. Jahrg. 1. Nr. 7. p. 1417. (Von den Ersatzoperationen der Splenektomie hält V. die Exoplenolysiseinnähung in die Wunde mit nachfolgender Zerstörung für die beste.)
58. Pearce, Richard M., and Max Minor Peet, The relation of the spleen to blood destruction and regeneration and to hemolytic jaundice. 7. The effect of hemolytic serum in splenectomized dogs. John Herr Musser dep. of res. med., Univ. of Pennsylvania, Philadelphia. Journ. of exp. Med. Vol. 18. Nr. 5. p. 494—499.
59. *Prinzing, Fritz, Zwei Fälle von primärem Milzsarkom. Krankenh. Charlottenburg-Westend. Frankf. Zeitschr. f. Path. Bd. 13. H. 2. p. 289—299.
60. Pugliese, Angelo, Neuer Beitrag zur Physiologie der Milz. Das Eisen der Galle und des Blutes bei entmilzten Tieren. Kgl. tierärztl. Hochsch., Mailand. Biochem. Zeitschr. Bd. 25. H. 5/6. p. 423—434.
61. *Quénu et Degrais, Splénomégalie d'origine paludique traitée avec succès par le radium. Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris. Tome 39. Nr. 34. p. 1449—1451.
62. *Rait, J. W. F., Note on a case of rupture of a normal spleen. Lancet. Vol. 185. Nr. 4690. p. 144.
63. Ramond et Picou, Situation de la rate après distension, par insuflation, de l'estomac et du colon. Tours méd. Jahrg. 9. Nr. 8. p. 158—162.
64. Ricci, Serafino, Sulla compressione temporanea dell' ilo della milza. Gaz. intern. di med., chirurg. ig. p. 206. (Zur Blutstillung bei Milzrissen nicht empfehlenswert.)
65. Rodman, J. Stewart, and de Forest P. Willard, Splenic anaemia, with special reference to etiology and surgical treatment. Med.-chir. coll., Philadelphia. Ann. of Surg. Vol. 58. Nr. 5. p. 601.
66. *Salis, H. v., Ein Fall von Torsion der Milz. Milzexstirpation. Frauenspit., Basel. Korresp.-Bl. f. schweiz. Ärzte. Jahrg. 43. Nr. 50. p. 1669—1672.
67. Scheult, R., Rupture of spleen; splenectomy; recovery. Lancet. Vol. 2. p. 794—795.
68. *Schipatscheff, W., Zur Kasuistik der Echinokokkenerkrankungen. Echinococcus der Milz. Chir. Univ.-Klin., Tomsk. Chirurgia. Bd. 33. p. 770—780. (Russisch.)

69. Stevenson, E. Sinclair, Splenomegaly. Brit. med. Journ. Nr. 2753. p. 847—849.
70. *Strukow, A., und W. Rosanow, Über die Echinokokken der Milz. Alexejewsches Ambulat., Univ. u. Ssoldationkowsches Krankenh., Moskau. Wiener med. Wochenschr. Jahrg. 63. Nr. 46. p. 2967—2970.
71. Tansini, I., e Giovanni Morone, Splenomegalie con cirrosi epatica in periodo ascitico. Splenectomia ed operazione di Talma. Contributo allo studio ed alla cura delle splenomegalie croniche spleno-trombotiche. Clin. chir. op., univ. di Pavia. Rif med. Vol. 29. p. 7—13, 40—43, 68—70 u. 90—94.
72. — Splénomégalie avec cirrhose hépatique en periode ascitique. Splénectomie et opération de Talma. Contribution à l'étude et au traitement des splénomégalies chroniques splénothrombosiques. Clin. chirurg., univ. Pavia. Rev. de chir. Jahrg. 33. Nr. 8. p. 263—312. (Nach Ansicht des Verf. keine Banti, durch Splenektomie geheilt.)
73. *Tillmanns, Zur operativen Behandlung der Bantischen Krankheit. Freie Vereinig. d. Chirurg. d. Krg. Sachsen, 1. Tag., Leipzig, 12. Oktober 1912. Zentralbl. f. Chir. Jahrg. 40. Nr. 23. p. 917—919.
74. Tschulkoff, N. W., Ein seltener Fall von Erkrankung der Milz. Prof. Kürloffs Med. Fakultätsklin. in Tomsk. Ssibirskaja Wratschebnaja Gaseta. Jahrg. 6. H. 16, 17, 18. p. 182—184, 194—198, 208—210. (Russisch.)
75. *Uhlemann, Walter, Spontanruptur eines entzündlichen Milztumors.) Allmänna Svenska Läkaretidningen. Bd. 10. p. 159—162. (Schwedisch.) (Ursache der Entzündung unbekannt.)
76. Urrutia, Ein Fall von Bantischer Krankheit luetischen Ursprungs. Revista clinica de Madrid. Bd. 9. H. 9. p. 329—331. (Spanisch.)
77. Utrobin, Ein Fall von Heilung des Morbus Banti nach Splenektomie. Russk. Wratsch. Bd. 12. p. 92—95. (Russisch.)
78. Verzár, Fritz, Die Grösse der Milzarbeit. Physiol.-chem. Inst., Univ. Budapest. Biochem. Zeitschr. Bd. 53. H. 1/2. p. 69—79.
79. Wade, H. W., Primary Hodgkin's disease of the spleen (Dorothy Reed type). Laborat. of pathol. New Orleans. Journ. of Med. Res. Vol. 29. Nr. 2. p. 209.
80. Weidmann, Fred, D., Aberrant pancreas in the splenic capsule. Mc Manes laborat. of pathol., univ., Pennsylvania. Anat. Rec. Vol. 7. Nr. 4. p. 133—139.
81. *Whitehouse, Beckwith, Torsion of the spleen simulating ovarian tumour. Splenectomy: recovery. Birmingham Med. Rev. Vol. 74. Nr. 419. p. 18—22 und Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. emp. Vol. 23. p. 161—163.
82. *Wilson, F. E., Note on three cases of splenic abscess occurring in so-called „malarial cachexia". Lancet. Vol. 184. p. 1162.
83. *Wilson, Louis B., The pathology of splenomegaly: a study of the operative and autopsy material from the Mayo clinic. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 16. p. 240—251.

Eine sehr empfehlenswerte **Übersicht über die Milzchirurgie** (mit Ausnahme der Bantischen Krankheit) gibt Michelsson (48). Mit dem Anwachsen des kasuistischen Materials von Exstirpationen verletzter, bis dahin gesunder Milzen **schmilzt die Zahl der sogenannten Ausfallserscheinungen nach Splenektomie immer mehr dahin.** Die Tatsache kann schon jetzt als feststehend angesehen werden, **dass alle Störungen, die nach Milzexstirpationen beobachtet werden, bald wieder schwinden**, und dass die Kranken nach der Operation sich in der Regel rasch erholen, wenn nicht andere Komplikationen hinzutreten. Auf eine präzise Diagnosenstellung werden wir bei subkutanen **Milzrupturen** wohl in der Mehrzahl der Fälle verzichten müssen und uns damit begnügen, die allgemeine Indikation zu einer Laparotomie zu stellen, wenn wir mit unserem operativen Eingriff nicht zu spät kommen wollen. Der noch heutzutage vielfach herrschende Pessimismus bei der Behandlung der **Milzabszesse** ist nicht nur unbegründet, sondern bedeutet unmittelbar eine Gefahr, da er zur Untätigkeit veranlasst, während die chirurgische Therapie vorzügliches leistet, ohne allzuhohe Anforderungen an die Widerstandskraft des Kranken zu stellen. Die dominierende Stellung in der Therapie des **Milzechinococcus** behält die Marsupialisation und die Splenektomie. Bei der einfachen hypertrophischen **Malariamilz** ist nicht nur die Splenektomie, sondern auch jeder andere operative Eingriff an der Milz ein Fehler. Nur bei schweren Störungen einer hypertrophischen Malariamilz, deren oberer Pol unter oder nur wenig über dem Niveau des Rippenbogens liegt, kann die Splenektomie empfehlenswert sein. Anders die primäre **Milztuberkulose,** bei der die einzig mögliche Therapie in der frühzeitigen Entfernung des erkrankten Organes besteht. Die **idiopathische Splenomegalie**, sowie die Anaemia pseudoleukaemica infantum indiziert im allgemeinen keine Splenektomie. Dringend warnt auch

Bland-Sutton (5) in seiner Übersicht der Milzchirurgie davor — anders French (22), Nixon (54), Huber (33), Fiori (19), Hutchinson (36) und besonders Klemperer und Hirschfeld (42).

Bei der **Wandermilz** ist die Splenektomie die Operation der Wahl, während die Splenopexie nur für kleinere, pathologisch nicht schwer alterierte Milzen reserviert bleibt.

Eine weitere Übersichtsarbeit über die Milzchirurgie liegt vor von W. Mayo (47). Mayos Splenomegaliematerial wird im besonderen noch von Wilson (83), sein Splenektomiematerial von Giffin (25) zusammengestellt.

Über **subkutane traumatische Milzrupturen** bringt Norrdin (56) eine grössere Zusammenstellung. Junkermann (39) teilt fünf Fälle mit. Einen sekundären Verblutungstod im Anschluss an eine Bahnfahrt am siebten Tage nach einer durch stumpfe Gewalt entstandenen zunächst symptomlosen subkutanen Ruptur berichtet Hahn (31). Fälle von sogenannten Spontanrupturen nach Typhus bringen Ishioka (37), nach Malaria Noland und Watson (55) in ausführlicher Arbeit und Davidson (7), nach unbekannter Infektion Uhlemann (75). Auch in dem Fall von Rait (62) stand die verursachende Kraft in keinem Verhältnis zu der erfolgenden Ruptur, obschon die Milz nicht krankhaft verändert war.

Während Kopylow (43) und Cartolari (6) die Malariamilz wenigstens in gewissen Fällen entfernen wollen (s. dazu oben Michelsson), haben Quénu und Degrais (61) sie mit glänzendem Erfolg mit Radium behandelt.

Die Malariakachexie hält Wilson (82) in manchen Fällen für bedingt durch Milzabszesse.

Mit der **Wandermilz** in ihren Beziehungen zur Geburtshilfe und Gynäkologie, besonders mit der deletären Stildrehung bei Wandermilz, beschäftigt sich Montuoro (50). Charakteristisch für die **Stildrehung** ist nach Whitehouse, dass sie 1. fast ausschliesslich bei Frauen vorkommt; 2. in der Regel als Ovarialtumor angesehen wird; 3. häufig die rechte Fossa iliaca oder die rechte Beckenhälfte einnimmt; 4. dass die Geschwulst vor dem retrovertierten Uterus liegt; 5. die ausgesprochene Leukozytose des Blutes. Auch Fata (16) und Salis (66) bringen Beiträge zur Stieldrehung bei Wandermilz. Bei den Literaturfällen Fatas war zweimal Malaria und einmal Lues in der Anamnese.

Feiertag (18) hält bei der **familiären Splenomegalie** des Typs Gaucher die Splenektomie wegen der Gutartigkeit des Leidens nicht für indiziert, während sie von Downes (8 und 9) mit Erfolg ausgeführt wurde.

Bei der **Bantischen Krankheit** ist eine wesentliche Änderung der Stellungnahme nicht eingetreten, siehe unter vielen anderen die Arbeiten von Göbel (26) und Grützner (28 und 29). Tillmanns (73) empfiehlt, wenn die Splenektomie schwer ausführbar ist, bei Bantischer Krankheit die Talmasche Operation.

Über Echinokokken der Milz berichten Strukow und Rosanow (70) und Schipatscheff (68), über Zysten Fowler (21), über Milzsarkome Prinzing (59).

XIV.

Anatomie und Entwickelungsgeschichte der weiblichen Geschlechtsorgane.

Referent: Professor Dr. R. Meyer, Berlin.

1. *Abel, W., and A. L. McIlroy, The arrangement and distribution of the nerves in certain mammalian ovaries. Proceed. of the Roy. Soc. of Med. Vol. 6. Obst. and Gyn. Sect. p. 240.
2. *Acconci, G., Sulla fine struttura della Plazenta. In Intern. Monatsschr. f. Anat. u. Phys. Bd. 30. Heft 7/9. p. 233.

3. *Mc Allister, V., A preliminary investigation concerning the glycogen content of the mucous membrane of the Fallopian tube. Journ. of Obst. and Gyn. Brit. Emp. Vol. 24. Nr. 2. Zentralbl. f. ges. Gyn. u. Geb. sowie d. Grenzgeb. Bd. 3. Heft 5.
4. — Glykogen in Tubal Mucosa; a preliminary investigation concerning the Glykogen Content of the Mucous. Membrane of the Fallopian Tube. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 24. Nr. 2. August.
5. Allport, W. H., A Study of certain Aspects of Comparative Anatomy Illuminating the Architecture and Physiology of the Human Pelvis. Chicago Med. Record. Oct. 1912.
6. Aschner, Bernhard, Über die Beziehungen zwischen Hypophysis und Genitale. Arch. f. Gyn. 1912. Bd. 97. p. 200.
7. v. Berenberg-Gossler, Beiträge zur Entwickelungsgeschichte der kaudalen Darmabschnitte und des Urogenitalsystems des Menschen auf teratologischer Grundlage. Anat. Hefte. Heft 149.
8. *— — Die Urgeschlechtszellen des Hühnerembryo am dritten und vierten Bebrütungstage, mit besonderer Berücksichtigung der Kern- und Plasmastrukturen. Arch. f. mikr. Anat. Bd. 81. Heft 1. Abt. 2. p. 24—71.
9. Berk, Fr., Beitrag zur Kenntnis der ersten Anlage der menschlichen Brustdrüse. Greifswald. Mit 3 Tafeln.
10. Bienenfeld, A., Beitrag zur Kenntnis des Lipoidgehaltes der Plazenta. Berlin 1912.
11. *Björkenheim, E. A., Das kollagene Gewebe in der Tube in den verschiedenen Altersperioden. Finska Läkares. Handl. Bd. 55. Heft 8. p. 141. Autoreferat: Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 3. Heft 1. p. 11.
12. *— Golgis Apparato reticolare interno in den Plazentarepithelien. (Histol. Laborat. Helsingfors.) Arch. f. Gyn. Bd. 100. Heft 2. p. 446. Ref. Zentralbl. f. Geb. u. Gyn., sowie deren Grenzgeb. Bd. 3. Heft 1.
13. Boerma, N. J. A. F., Beitrag zur Kenntnis der Einbettung des menschlichen Eies. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. Heft 6. p. 723. (Genaue Beschreibung mit photographischen Abbildungen eines Eies von 6 × 3 × $2^1/_2$ mm mit einem vergleichsweise grossen Embryo. Kein Blut im intervillösen Raume.)
14. Bouin et Ancel, A propos de la glande myométriale. Compt. rend. Soc. Biol. Tome 73. Nr. 36. p. 637.
15. — — Über die Zellen des Myometrium, die bei den physiologischen Injektionen Karmin aufnehmen. Compt. Rend. Soc. Biol. Paris. Tome 74. Zentralbl. f. norm. Anat. u. Mikrotechnik. Bd. 10. Heft 11.
16. Brachet, A., Recherches sur le déterminisme héréditaire de l'oeuf des mammifères. Arch. de Biol. Tome 28. Fasc. 3. p. 447.
17. Branca, A., Recherches sur la structure, l'évolution et le rôle de la vésicule ombilicale de l'Homme. Journ. de l'anat. et de la phys. de l'homme et des an. Jahrg. 49. Heft 4. Juli-August. (Beschreibung von 24 Nabelbläschen.)
18. *Brill, Beitrag zur Innervation des weiblichen Genitalsystems. Wiss. Verein. a. städt. Krankenhaus zu Frankfurt a. M. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 27. p. 1517.
18a. *Lo Cascio, Gerolamo, Sopra alcune particolarità di fine struttura dell' endometrio di alcuni mammiferi. (Strukturdetails im Endometrium einiger Säugetiere.) Istit. di anat. uman. norm., Univ. di Palermo. Anat. Anz. Bd. 44. Nr. 10. p. 197—202.
19. *Coryllos, P., Corpuscules de Vater-Pacini dans la trompe utérine. Rev. de Gyn. Tome 18. 3 Mars 1912.
20. Demoll, R., Über Geschlechtsbestimmung im allgemeinen und über die Bestimmung der primären Sexualcharaktere im besonderen. Zugleich ein Beitrag zur Oogenese von Helix pomatia. Zool. Jahrb. Abt. f. allg. Zool. Bd. 33. Heft 41—94.
21. Dick, Die Injektion der Gefässe des Uterus und deren Technik. Journ. akusch. i shensk. bolesn. Febr. (Genaue Beschreibung der Technik nach Krause.)
(H. Jentter.)
22. Doncaster, L., The Chromosome in the Oogenesis and Spermatogenesis of Pieris brassicae, and in the Oogenesis of Abraseas Grossulariata. Journ. of Genetics. Vol. 2. Nr. 3.
23. Driessen, Die Schleimhaut der Gebärmutter. Ned. Maundschr. v. Verlosk. en Vrouw. en v. Kindergeneesk. 1912. Nr. 7. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Jahrg. 37. Nr. 44. p. 1631. (Behandelt die Glykogenproduktion der Uterusschleimhaut; nichts Neues.)
24. Durme, Modeste van, Du rôle des mitochondries dans la genèse de l'ovoplasme. (Über den Anteil der Mitochondrien an der Genese des Eiplasmas.) Laborat. d'histol.

et d'embryol., univ., Gand. Ann. et bull. de la soc. de méd. de Gand. Tome 4. Heft 6/7. p. 270—278. (Vorläufige Mitteilung der Resultate umfangreicher Untersuchungen über die verschiedenen Dotterlagen der telolecithalen Eier. Von den üblichen Färbemethoden bevorzugt Verf. Bendas Kristallviolett zur elektiven Darstellung der Mitochondrien. In einem Sperlingsoozyten von $^1/_{10}$ mm Durchmesser tritt in Form zentraler mikrochondrialer Proliferation der Nahrungsdotter zuerst auf. Die für das dotterreiche Ei charakteristischen Vakuolen und Dotterkugeln werden im Oozyten von $^1/_2$ mm sichtbar, im Oozyten von 10 mm Durchmesser endlich differenziert sich der Bildungsdotter, und das Keimbläschen wird an den Eirand gedrängt.) (Weishaupt.)

25. Elder, Jay C., The Relation of the Zona pellucida to the Formation of the Fertilization Membrane in the Egg of the Lea Urchin (Strongylocentrotus purpuratus). Arch. f. Entwickelungsmech. d. Organ. Bd. 35. Heft 2. p. 145—164.

26. Falk, Materialien zum Studium der Innervation der Gebärmutter und der Scheide. Moskau. Dissert. 1914. (Russisch.) (H. Jentter.)

27. Fauré-Fremiet, La formation de la membrane interne de l'oeuf d'Ascaris megalocephale. Compt. rend. sovc. biol. Tome 74. Nr. 20. p. 1183.

28. *Firket, J., Recherches sur les gonocytes primaires (Urgeschlechtszellen) pendant la période d'indifférence sexuelle et le développement de l'ovaire chez le poulet. Anat. Anz. Bd. 44. Nr. 8/9. 5. Juli. p. 166—175.

29. Franco, P. M., Sulla nidazione dell' uovo umano e sulla fisiologia del trofoblasta. Arch. ital. di ginecol. Vol. XVI. p. 86. (Junges Ei von 25T agen (?), welches 10 Tage nach der ausgebliebenen Regel durch Auskratzung erhalten wurde.)

30. Gaelow, H., The one-sided Reduction of the Ovaries and Oviducts in the Amniota, with remarks on Mammalian Evolution. Proc. Zool. Ser. London. 1912. Part. 4.

31. Gelei, J., Über die Ovogenese von Centrocoelum lacteum. Arch. f. Zellforschung. Bd. 11. Heft 1. p. 51.

32. *Geist, S. H., Untersuchungen über die Histologie der Uterusschleimhaut. Arch. f. mikr. Anat. Bd. 81. p. 196.

33. *— Die senile Involution der Eileiter. Daselbst. p. 220.

34. *Gérard, G., Über den verschiedenen Ursprung und die Zahl der Arterien der Geschlechtsorgane, spermatischen und Eierstocksgefässe des Menschen. Compt. rend. Soc. Biol. Paris. Tome 74.

35. *Girode, Ch., Les vaisseaux lymphatiques de la vulve et du vagin. L'obst. Tome 18. p. 205. Arch. mens. d'obst. et de gyn. Tome 18. 2. p. 205—210. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb., sowie deren Grenzgeb. Bd. 1. 8. p. 331.

36. *Govaerts, P., Recherches sur la structure de l'ovaire des insectes. la différenciation de l'ovocyte et sa période d'accroissement. (Bruxelles, Inst. d'anat. univ.) Arch. de biol. Tome 28. Heft 3. p. 347—445.

37. *Grosser, O., Ein menschlicher Embryo mit Chordakanal. Anat. Hefte. Bd. 47. p. 653.

38. v. Hansemann, D., Über den Kampf der Eier in den Ovarien. Arch. f. Entwickelungsmech. d. Organ. Bd. 35. p. 223—235.

39. Henneberg, Zur Entwickelung der Kloakenmembran. Anat. Anz. Ergänzungsheft zu Bd. 44. Verhandl. d. Anat. Ges. Greifswald. p. 25. (Bezieht sich hauptsächlich auf Untersuchungen an der Ratte.)

40. *Hinselmann, H., Die angebliche physiologische Schwangerschaftsthrombose von Gefässen der uterinen Plazentarstelle. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 73. Heft 1. p. 146—222.

41. *— Die Entstehung der Syncytiallakunen junger menschlicher Eier. 15. Versamml. d. deutsch. Ges. f. Gyn. Halle.

42. Hoehne, O., und G. Linsenmeyer, Untersuchungen über die Lage der Ovarien an der Lebenden mit Rücksicht auf die Röntgenbestrahlung. Zentralbl. f. Gyn. 1912. Nr. 15. p. 457.

43. Hoeven, P. T. C. van der, Die Schleimhaut der Gebärmutter. Arch. f. Gyn. 1912. 95. Heft 3. p. 648.

44. *Hoogkamer, J., Die Nerven der Gebärmutter. Arch. f. Gyn. Bd. 99. p. 231.

45. Huffmann, O. V., Decidual casts. Amer. Journ. of Obst., Dis. of Women and Childr. Jahrg. 68. Nr. 4. p. 704. (Differentialdiagnose zwischen Decidua bei Tubargravidität und dysmenorrhoischer Membran. Die wirkliche Deciduazelle ist bedeutend grösser als die Pseudodeciduazelle der dysmenorrhoischen Membran und unterscheidet

sich ausserdem durch ein transparentes Protoplasma und einen gut umschriebenen, undurchsichtigen Kern [densc.]; ausserdem liegen die Deciduazellen der D. compacta dichter als die durch Lymphspalten vielfach voneinander getrennten bei der Menstruation.)

46. Jägerroos, B. H., Findet im Chorion junger menschlicher Eier eine Blutgefäss- und Blutbildung statt? Arch. f. mikr. Anat. Bd. 82. Heft 3. p. 271. (Jägerroos bejaht diese Frage; nicht nur in der Wand des Dottersackes, sondern auch im Chorion häufen sich Mesenchymzellen zu „Blutinseln", aus denen Blutgefässe entstehen; er unterscheidet mit Minot drei Stadien der Erythrozyten, ichthyoide, sakroide Erythrozyten und Blutplastiden.)

47. Jazuta, K., Über die Abhängigkeit der Nierenanlage von dem Dickdarmgekröse bei dem menschlichen Fötus. Vorl. Mitt. Anat. Anz. Bd. 44. Nr. 8/9. p. 159.

48. *Jones, Fr. Wood, Some points in the Nomenclature of the external Genitalia of the female. Journ. of Anat. u. Phys. Vol. 48. p. 3. Vol. 9. Part. 1. Abschrift aus Zentralbl. f. d. ges. Geb. u. Gyn. 3. 12. p. 525.

49. Kemnitz, Gustav A. v., Eibildung, Eireifung, Samenreifung und Befruchtung von Brachycoelium salamandrae (Brachycoelium crassicolle [Rud.]). Arch. f. Zellforschung. Bd. 10. Heft 4. p. 470.

50. Kern, Paul, Über die Fortpflanzung und Eibildung bei einigen Caraben. Zool. Anz. Bd. 40. Nr. 12. p. 345—351.

51. Kingsbury, B. F., The morphogenesis of the mammalian ovary: felis domestica. Amer. Journ. of Anat. 15. 3. p. 345—387. (60 Serien von Katzenovarien. Fötus von 45 mm bis Geschlechtsreife. Nichts Neues.)

52. *Kirkham, W. B., and H. S. Burr, Sheffield Biological Labor, Yale University. The Amer. Journ. of Anat. Vol. 15. Heft 3. p. 291. Nov. 15. The breeding habits, maturation of eggs and ovulation of the albino rat. (Enthält Details über die ersten Kernteilungen im reifen Ei.)

53. Kohlbrugge, J. H. F., Die Verbreitung der Spermatozoiden im weiblichen Körper und im befruchteten Ei. Arch. f. Entwickelungsmech. d. Organ. Bd. 35. Heft 2. p. 165—188.

54. Krüger, Eva, Die phylogenetische Entwickelung der Keimzellenbildung einer freilebenden Rhabditis. Zool. Anz. Bd. 40. Nr. 8/9.

55. Lacassagne, Histologische und physiologische Studien über die Wirkung der Röntgenstrahlen auf das Ovarium. Thèse Lyon. Doctorat Méd. Zentralbl. f. norm. Anat. u. Mikrotechnik. Bd. 10. Heft 11.

56. *Lécaillon, A., Sur la différenciation en ovules définitifs et en cellules vitellogènes des oocytes contenus dans l'ovaire des collemboles. (Première réponse à M. M. Willem et de Winter.) Compt. rend. hebdom. des séances de la soc. de biol. Tome 75. Heft 26. p. 55—57.

58. Lickteig, A., Beitrag zur Kenntnis der Geschlechtsorgane der Knochenfische. Zeitschrift f. wiss. Zool. Bd. 106. Heft 1/2. p. 228.

59. *Loofs, Paraffineinbettungsverfahren für Uterus und Ovarien. Monatsschr. f. Geb. August.

60. Loyez, M., Rôle du tissu conjonctif dans l'atrésie folliculaire physiologique chez la femme. Compt. Rend. Soc. Biol. Tome 74.

61. *Sur l'atrésie folliculaire dite physiologique dans l'ovaire de la femme. Compt. rend. Soc. biol. Paris. Tome 73. Nr. 37. 1912. p. 688.

62. Martynow, Die nervösen Apparate in den Brustwarzen bei Menschen und Säugetieren. Diss. St. Petersburg. (Martynow benutzte die vitale Färbung mit Methylenblau, sodann die Färbung der Neurofibrillen nach Ramon y Cajal und Bielschowsky, Golgi und die Goldmethode. Ausser menschlichen Brustwarzen wurden untersucht Warzen von Kühen, Pferden, Schweinen. Schafen, Katzen und Hunden. Die Warzen sind reich an Nervenästen, welche auf diverse Art in denselben endigen. Es finden sich viele Genitalkörper, welche die Innervation der Warze derjenigen der Genitalien nähern. Dank dem Reichtum an Nervenendigungen bildet die Warze neben der Haut der Fingerspitzen ein vorzügliches Objekt zum Studium der nervösen Apparate.) (H. Jentter.)

63. *Miller, J. W., Corpus luteum und Schwangerschaft. Das jüngste operativ erhaltene menschliche Ei. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 19. p. 865.

64. Meyer, Rob., Diskussionsbemerkungen zur Frage des Zusammenhanges von Corpus luteum und Menstruation. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 73.

65. *Meyer, Rob., Über die Beziehung der Eizelle und des befruchteten Eies zum Follikelapparat, sowie des Corpus luteum zur Menstruation. Arch. f. Gyn. Bd. 100. Heft 1.
66. — Die Entzündung als Entstehungsursache ektopischer Decidua und Paradecidua. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 74.
67. *— und C. Ruge II, Über Corpus luteum-Bildung und Menstruation in ihrer zeitlichen Zusammengehörigkeit. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 2. 37. Jahrg.
68. Moreaux, R. A. J., Recherches sur la fonction glandulaire de la trompe utérine des mammifères. Nancy 1912. p. 125.
69. — Recherches sur la morphologie et la fonction glandulaire de l'épithélium de la trompe utérine chez les mammifères. Arch. d'anat. microsc. Tome 14. Fasc. 4. p. 515—576.
70. Mulon, P., Les corps biréfrigents des glandes genitales. Compt. rend. soc. biol. Paris. Tome 72. 1912. Nr. 6. p. 204.
71. Nagel, Über die Blutgefässe des puerperalen Uterus. 17. Intern. med. Kongr. London. Sekt. f. Geb. u. Gyn. (Die Art. uterina sendet sowohl zum Corpus wie auch zur Cervix uteri ihre Äste, die mit denen der anderen Seite transversal anastomosieren, und die transversalen hängen wieder durch longitudinale Äste zusammen und senden Äste in alle Uterusschichten.)
72. Nusbaum, J., Zur Kenntnis des Verhaltens des Kernkörperchens und dessen Derivate bei der Ovogenese einiger Tiefseeknochenfische. Anat. Anz. Bd. 43. Nr. 21/22. p. 582.
73. Osmont, P., Articulation sacro-iliaque et nutation du sacrum. Thèse Toulouse. 1912/1913.
74. Peters, Zur Publikation Schottländers in Nr. 6 dieses Blattes. „Über die Bestimmung der Schwangerschaftsdauer auf Grund histologischer Plazentarbefunde und über etwaige praktische Verwertbarkeit dieser Befunde." Zentralbl. f. Gyn. Nr. 11. Jahrg. 37.
75. Powierza, St., Über Änderungen im Bau der Ausführungswege des weiblichen Geschlechtsapparates der Maus während ihres postembryonalen Lebens. Bull. intern. Acad. Sc. Cracovie. 1912. Sér. B. p. 347.
76. Puech et Vanverts, Du rôle du corps jaune dans la nidation et le développement de l'oeuf chez la femme. Bull. de la Soc. d'obst et de gyn. de Paris etc. Nr. 5. p. 456.
77. Retzius, G., Zur Kenntnis der Hüllen und besonders des Follikelepithels an den Eiern der Wirbeltiere. Retzius, Biolog. Untersuchungen. N. F. 17.
78. Ruge, Carl II, Über Ovulation, Corpus luteum und Menstruation. Arch. f. Gyn. Bd. 100. Heft 1.
79. Sedlaczek, St., Über Plazentarbildung bei Antilopen. Wiesbaden 1912.
80. Sevestre, L., Des brides vulvaires congénitales. Toulouse.
81. Schaxel, J., Weitere Untersuchungen über die Eibildung der Meduse Pelagia. Jen. Zeitschr. f. Naturw. Bd. 48. Heft 4. p. 479—488.
82. Schmorl, Ein junges menschliches Ei. 342. Sitzg. d. gyn. Ges. Dresden. Zentralbl. f. Gyn. 1912. Nr. 6. p. 175.
83. *Schottlaender, J., Über die Bestimmung der Schwangerschaftsdauer auf Grund histologischer Plazentarbefunde und über etwaige praktische Verwertbarkeit dieser Befunde. Zentralbl. f. Gyn. Jahrg. 37. Nr. 6. p. 193.
84. *— Über die Bestimmung der Schwangerschaftsdauer auf Grund histologischer Plazentarbefunde und über etwaige praktische Verwertbarkeit dieser Befunde, eine Antwort auf den gleichnamigen Artikel von Peters in Nr. 11 dieses Blattes. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 22. Jahrg. 37 und Zentralbl. f. Gyn. Nr. 32. p. 1195. (Diskussion.)
85. *Schroeder, Robert, Über die zeitlichen Beziehungen der Ovulation und Menstruation. Zugleich ein Beitrag zur Corpus luteum-Genese. Arch. f. Gyn. Bd. 101. p. 1.
86. *— Der normale menstruelle Zyklus der Uterusschleimhaut. Seine Anatomie, dargestellt in Text und 25 Bildern auf 20 Tafeln. Gezeichnet von Frl. Ella Burchard. Berlin, Verlag von Aug. Hirschwald.
87. *— Neue Ansichten über die Menstruation und ihr zeitliches Verhalten zur Ovulation. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. p. 1.
88. *Schultz, Th., Der Beckenboden und sein Verhältnis zu der Genese der Genitalprolapse. 10. Versamml. d. nord. chir. Vereins Kopenhagen. 31. Juli bis 2. August. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 2. Heft 13.
89. *Sobotta, Über die Entwickelung des Dottersackes der Nager mit Keimblattinversion (mittlere und späte Stadien) und dessen Bedeutung für die Ernährung des Embryo.

Anat. Anz. Ergänzungsheft zu Bd. 44. Verhandl. d. Anat. Ges. in Greifswald. p. 155. Arb. a. d. geb.-gyn. Klin. Prof. Redlich in Petersburg. Bd. 1. p. 69. Ref. Zentralbl. f. d, ges. Gyn. u. Geb. Bd. 2. Heft 11. p. 541.

90. *Ssudakow, J. W., Die Blutgefässe des senilen Uterus. Journ. akusch. i shensk. bolesn. April. (H. Jentter.)

91. *Sugi, K., Lipoide im menschlichen Uterus. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 73. Heft 3. (Isotrope Lipoide in Mukosa (Epigastrium und Stratum) und Muskelzellen meist polständig. Im Epithel ungleich. Die Menge der Lipoide steigt von der Pubertät bis zur Klimax zunehmend.)

92. Strahl, H., Über den Bau der Plazenta von Dasypus novem cinctus. Anat. Anz. Bd. 44. Nr. 18. p. 440.

93. Symington, J., The abdomino-pelvic cavity. Journ. of anat. phys. Vol. 47. Heft 2. p. 143. (Symington studiert Querschnitte und Längsschnitte durch die Bauch- und Beckenhöhle, gibt zahlreiche schematische Abbildungen und schildert ausführlich die Form und Masse, Kapazität der Höhlen.)

94. Tandler, J., Entwickelungsgeschichte und Anatomie der weiblichen Genitalien. Wiesbaden, Bergmann. (Aus: Handbuch der Frauenheilkunde.)

95. La Torre, Gibt es vom geburtshilflichen Standpunkt einen bestimmten Typus der Uterusmuskulatur? 17. intern. med. Kongr. London. Sekt. f. Geb. u. Gyn. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. (Nach Untersuchungen am kindlichen und tierischen Uterus sind nicht drei isolierte Schichten (Hélie) vorhanden, sondern die Muskelbündel hängen alle untereinander zusammen.)

96. *— Des rapports intimes du péritoine avec le tissu musculaire utérin. Arch. mens. d'obst. et de gyn. Nr. 5. Mai. p. 473—480. (Avec 5 planches hors texte. Zit. nach Revue de gyn. et de chir. abdom. Tome 21. Nr. 1. Juill. p. 48. (Eindringen der Serosa auf den Scheitel des Uterus zwischen die Muskelbündel, die sie umschliessen, so dass die Perit.-Membran einen integrierenden Bestandteil des Uterus ausmacht [Bielchowski-Methode].)

97. *Tur, Untersuchungen über die Anomalien des Mammalienovars. Compt. Rend. Scient. Varsovie. 5. Nr. 1. 1912. Zentralbl. f. norm. Anat. u. Mikrotechnik. Bd. 10. Heft 11.

98. Villandre, Plexus hypogastrique et son ganglion chez l'embryon humain. Bull. mém. soc. anat. Paris. Année 88. p. 315.

99. *Vogt, E., Röntgenuntersuchungen über die Arterien der normalen Plazenta. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahlen. Bd. 21.

100. *Wallgren, Axel, Beiträge zur Kenntnis der Struktur der Deciduazelle. Pathol. Inst. Helsingfors. Finska Läkaresällsk. Handl. Bd. 55. Heft 8. p. 191. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 2. Heft 13.

101. Weigl, R., Vergleichend zytologische Untersuchungen über den Golgi-Kopschschen Apparat und dessen Verhältnisse zu anderen Strukturen in den somatischen Zellen und Geschlechtszellen verschiedener Tiere. Extrait du Bull. de l'Acad. d. scienc. de Cracovie. Cl. d. sc. math. et nat. Sér. B. Sc. nat. Mai 1912. (Der Golgische Apparat lässt sich als von den Mitochondrien verschiedener, vielleicht mit ihm phylogenetisch verwandter Zellapparat wie in den meisten Fällen so auch in den Geschlechtszellen wenigstens bei einigen Tieren (Helix) deutlich differentialfärberisch darstellen.)

102. *Wichmann, S. E., Über die Bedeutung des Müllerschen Epithels, nach Studien am Menschen. Anat. Anz. Ergänzungsheft zu Bd. 44. Verhandl. d. Anat. Ges. in Greifswald. p. 139.

103. *v. Winiwarter, Die Verteilung des Extraktivstoffes in der glatten Muskulatur des Uterus. Arch. f. Gyn. Bd. 100. Heft 3.

104. *— et G. Sainmont, Nouvelles recherches sur l'ovogenése et l'organogenése de l'ovaire des mammifères. Extrait des Archives de Biologie. Tome 24. 1908—1909. Liège 1912.

105. *Wolff, A., Oxydasereaktion in der Plazenta. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. Heft 2.

106. Zacharias, O., Über den feineren Bau der Eiröhren von Ascaris megalocephala, insbesondere über zwei ausgedehnte Nervengeflechte in denselben. Anat. Anz. Bd. 43. Nr. 8/9. p. 193.

107. Zangemeister, Junges menschliches Ei. Deutsche Gyn. Ges. 15. Versamml. zu Halle.

A. Entwickelungsgeschichte.

Die Entwickelung des Ovariums und seiner einzelnen Zellarten variiert nach Govaerts (36) bei den verschiedenen Insekten um ein Beträchtliches. Als sicheres Ergebnis seiner Untersuchungen vermag der Verfasser anzugeben, dass bei den Dystisciden (Schwimmkäfern) auf die Reihe der einfachen Multiplikationsteilungen der indifferenten Oogonien Differenzierungsteilungen erfolgen, aus denen einerseits Ovozyten, andererseits vitellogene Zellen hervorgehen.

Die Polarität der Mutterzelle und die Einstellung der Mitosenachse perpendikulär zu dieser Polarität tritt vor der Differenzierungsteilung in die Erscheinung. Mit der Polarität der Embryonalanlage kann die Polarität der Protogonie nach den bisherigen Untersuchungsergebnissen nicht in Zusammenhang gebracht werden. Das Wachstum der Keimzelle hängt von ihrem eigenen Zytoplasma, von den Nährzellen und von den Follikelzellen ab. Die Genese der letzteren bedarf noch besonders der Untersuchung. (Elisabeth Weishaupt.)

Schon in einer früheren Arbeit hat Lécaillon (56) die Entwickelung des Ovariums der Kollembolen (U. O. der flügellosen Urinsekten) und seiner Zellkomponenten ausführlich behandelt. Er unterschied eigentliche Eizellen und vitellogene Zellen; letztere bereiten den definitiven Eizellen die Nährstoffe und lösen sich noch vor der völligen Ausreifung der Eizellen auf. Die von Willem über die Oogenese der niederen Insekten aufgestellten Theorien wies Lécaillon bereits damals zurück. In neuester Zeit glaubte nun de Winter, ein Schüler von Willem, die Gunst oder Ungunst der Oozytenernährung, ihre Nähe zum Blutstrom, für ihre verschiedenartige Differenzierung verantwortlich machen zu können. Verfasser bekämpft diese Anschauung auf Grund seiner eigenen Beobachtungen und ebenso auf Grund der Abbildungen, welche die beiden Autoren ihren Ausführungen hinzugefügt haben. Ausserdem sollen bereits bald nach dem Synapsisstadium, zu einer viel früheren Zeit der Entwickelung als die genannten Autoren angenommen und beobachtet haben, charakteristische zytologische Verschiedenheiten auftreten. (Elisabeth Weishaupt.)

v. Winiwarter (103) untersuchte

1. Bestimmung des Gesamt-N nach Kjeldahl.

2. Phosphorwolframsäurefällung nach König und Böhmer:

Der Extrakt wird mit 20%igem P W S, die 4%ige Schwefelsäure enthält, ausgefällt, einige Tage stehen gelassen, filtriert. Der Niederschlag mit schwefelsäurehaltiger PWS (2%ig) gewaschen, in einem mit Schütteleinrichtung versehenen Kjeldahlapparat der U. bestimmt.

3. Bestimmung der Albumosen nach Baumann und Böhmer:

Der Extrakt wird mit Zinksulfat in gesättigter Lösung ausgesalzt, der Niederschlag mit Zinksulfatlösung gewaschen und dem Kjeldahlverfahren unterworfen.

4. Ammoniakbestimmung durch Destillation mit Magnesia.

5. Bestimmung der Purinkörper nach Krüger und Schmidt:

Der Extrakt wird mit neutralem Bleiazetat ausgefällt, filtriert. Das Filtrat mit Schwefelwasserstoff entbleit, mit 20%iger Lösung von salpetersaurem Silber im Überschuss gefällt; der Niederschlag mit Salzsäure zerlegt, fitriert. Das neutralisierte Filtrat mit Natriumazetat und Natriumbisulfit versetzt und im Kochen mit Kupfersulfat gefällt. In diesem letzten Niederschlag Bestimmung des N nach Kjeldahl.

6. Bestimmung der Karnosinfraktion nach Gulewitsch und Krimberg:

Der Extrakt wird nach Beseitigung der mit Bleiazetat fällbaren Substanzen, wie in der vorigen Bestimmung mit salpetersaurem Silber gefällt. Filtrat mit weiterem salpetersaurem Silber versetzt, bis eine Probe mit Barythydrat eine dunkle Fällung gab. Nun mit Barythydrat im Überschuss gefällt, im Niederschlag der N nach Kjeldahl ermittelt.

7. Bestimmung des Kreatins und Kreatinins nach der von Pekelharing und Hoogenhuyze angegebenen Modifikation des Folinschen Verfahrens:

Der Extrakt wird mit 10%iger Natronlauge und 1,2%iger Pikrinsäure im graduierten Messkölbchen versetzt, $^1/_4$ Stunde stehen gelassen, bis zur Marke aufgefüllt und gegen eine $^n/_2$-Kaliumbichromatlösung in den Dubosqschen Apparat kolorimetriert und so das Kreatinin bestimmt. Das Kreatin wird durch Erhitzen des Extraktes mit Normalsalzsäure bei 115° im Autoklaven durch $^1/_2$ Stunde in Kreatinin umgewandelt und als solches bestimmt. Aus beiden Bestimmungen lässt sich auf rechnerischem Wege das Kreatin ermitteln.

8. Bestimmung des Harnstoffes nach Braunstein:

Der Extrakt wird mit 20%iger PWS gefällt, einige Tage stehen gelassen, das Filtrat wird mit glasiger Phosphorsäure durch 5 Stunden bei 150° gehalten, wodurch der Harnstoff in kohlensaures Ammonium umgewandelt wird. Der Rückstand wird in viel Wasser gelöst, mit Magnesia destilliert.

v. Winiwarter zieht aus der Übereinstimmung der Zahlen untereinander folgende Schlüsse:

Die in der Gravidität auftretende Vermehrung und Hypertrophie der Uterusmuskulatur hat mit ihr Hand in Hand gehend eine Zunahme aller Extraktivstoffe zur Folge, welche Erscheinungen genau miteinander Schritt halten derart, dass die prozentuale Relation keine Verschiebung zeigt. Wenn aber diese Tatsache bei der physiologischen Umbildung des Uterus in der Gravidität eigentlich zu erwarten war, so ist es andererseits um so merkwürdiger, dass auch bei der pathologischen Bildung von Myomgewebe ein Schritthalten der Extraktivstoffe mit der Volums- und Gewichtszunahme zu konstatieren ist.

Tur beschreibt ein Kaninchenei mit zwei getrennten normalen Kernen und mehrere mehreiige Graafsche Follikel des Ovars der Katze. Es wurden einmal zwei Eier gefunden durch die Zona pellucida verbunden, vier und sogar fünf getrennte normale Eier. Doppelmissbildungen entstehen nur aus Eiern, die unmittelbar miteinander verbunden sind, einerseits solche mit gemeinsamem Zelleib und mehreren Kernen (2), andererseits solche mit zwei getrennten, nur durch die Zona pellucida verbundenen Zelleibern. Aus mehreiigen Graafschen Follikel-Eiern entstehen Einzelindividuen.

v. Berenberg-Gossler (8) fand in den Urgeschlechtszellen des 3. und 4. Bebrütungstages beim Hühnchen keine Kernteilungen, die Zellen bieten zytologisch stets dasselbe Bild. Sie lagern einzeln oder in Gruppen in der Viszeralplatte des Mesoderms, grenzen aber nie direkt an das Cölom an; amöboide Bewegung besitzen sie nicht. Am 4. Tage hat die Mehrzahl die Genitalregion erreicht und zwar nach Ansicht des Verfassers durch Verschiebung ganzer Gewebskomplexe der Splanchnopleura, verursacht durch den Schluss der Darmrinne und die Bildung des Mesenteriums. Bei diesem Prozess können einzelne Zellen in die tiefer liegenden Partien des Mesenchyms und in die Retroperitonealregion vor die Aorta gelangen, wo sie im Laufe ihrer mit völligem Verschwinden endenden Degeneration gelegentlich zu geradezu abenteuerlicher Grösse heranwachsen. Das Verhältnis zwischen Chromatingehalt und Zellgrösse ist ungefähr das gleiche wie bei den anderen Embryonalzellen. Der grösste Teil des Chromatins tritt in der Chromosomen-Ruheform auf; die Zentralkörperchen scheinen nur in Doppelform vorzukommen. Das Binnennetz, von dem die mitochondrialen Bildungen streng auseinander zu halten sind, zeigt eine ausserordentlich starke Ausbildung. Den Beweis, dass die Urgeschlechtszellen die Stammzellen der Ei- und Samenzellen sind, vermochte der Verfasser durch seine Untersuchungen nicht zu erbringen.

(Elisabeth Weishaupt.)

Nachdem schon früher Felix auf Grund einerseits des Zusammenhangs in der Genese des Amnioten-Eileiters mit den Vornierennephrostomen und andererseits der Beziehungen der letzteren mit dem Nierenrandkanal bei niederen Wirbeltieren usw. die Hypothese aufgestellt hat, dass der Eileiter der höheren Wirbeltiere

aus dem Nierenrandkanal entstanden sei, ebenso wie der Eileiter der Selachier aus dem primären Harnleiter entstehe, so hat nunmehr Wichmann (102) versucht, die Entstehung des Müllerschen Ganges bei den Säugern einerseits und den Amphibien und Reptilien andererseits aus einem flächenhaft ausgebreiteten Blastem als homolog zu erweisen, ein Blastem, welches nach seiner Meinung phylogenetisch aus dem Nephrostomalepithel der Vornieren-Ergänzungskanälchen abzuleiten sei.

Wichmann hat schon früher (s. Jahresber. 1912) diese Vermutung ausgesprochen, nachdem er kanälchenförmige Verbindungen zwischen dem Epoophoron bzw. dem Rete mit der Peritonealhöhle in dem Gebiete des Fimbrienepithels des Müllerschen Ganges nachgewiesen hatte. Neuerdings hat er bei ca. 20 menschlichen, meist weiblichen Embryonen von ca. 7 Wochen bis zu Neugeborenen folgendes beobachtet: Recht oft solide oder kanalisierte epitheliale Stränge von der Rinne der Fimbria ovarica in das unterliegende Mesenchym, welche zum Teil in Retestränge übergehen und einmal gegen das blinde Ende des lateralsten Epoophoronschlauches anstösst. — Bei einem 11 cm langen Fötus setzt sich die Fimbrienrinne als Kanal fort, welcher nahe dem Rete und teilweise von dessen Gewebe umsponnen sich mit dem lateralsten Epoophoronkanälchen verbindet, auf der anderen Seite in dessen nächster Nähe blind endigt. Bei Neugeborenen und Kindern hat er ähnliche Kanälchen nur in zwei Fällen gefunden.

Wichmann fasst diese Verbindungsstränge als aus dem primären Mesenchym herausdifferenzierte Teile des Ergänzungskanälchens auf, als den Retesträngen homologe Gebilde, welche ausnahmsweise ihre primäre Verbindung mit der Cölomhöhle ausgebildet haben.

Eine faltenförmige Leiste am kranialen Teile der Urnierenfalte dorsal fasst Wichmann als äusseren Glomerulus auf (in der Gegend des Fimbrienteiles der Tube); diese Stelle hat höheres Epithel; ebenso findet sich höheres Epithel an einer zweiten Stelle der hinteren Urnierenwulstfläche vom Epithel der Müllerschen Rinne beginnend, distal etwa zur Gegend des künftigen Paroophoron, medial bis in die Nähe des äusseren Glomerulus. Epithelbläschen teils offen, teils geschlossen bei jüngeren und älteren Feten bis zu fünf fand er auf der vorderen Ligamentfläche immer deutlich von den Mesonephroskanälchen geschieden, stets im Bereiche der genannten Epithelerhöhung der hinteren Urnierenfaltenfläche. Das sind seiner Meinung nach nicht überzählige Cölomepitheleinstülpungen oder Pronephrosreste, sondern sie hängen zusammen mit dem flächenhaft ausgebreiteten epithelialen Blastem, das doch allem Anschein nach mit dem Pronephros in genetischem Zusammenhang gewesen ist und beim Menschen noch in Zusammenhang mit der Entstehung des Müllerschen Ganges vorübergehend auftritt als Reminiszenz der Phylogenese.

Beim Menschen entsteht also der Müllersche Trichter inmitten eines Streifens erhöhten Epithels, das mit den Vornierennephrostomen homologe Mündungen untereinander verbindet. Alle Anhangsgebilde entstehen aus diesem Epithelblastem; die nebentubenartigen Anhänge der hinteren Ligamentfläche werden in einigen Fällen aus dem Fimbriengewebe abgesprengt. Die verschiedenen Bestandteile dieses Blastems und die daraus herzuleitenden Gebilde sind alle homolog und er nennt sie „Müllersches Epithel"; (was offenbar nicht der historischen Bezeichnung entspricht und auch nicht der Deutung des Autors selber. Ref.)

Dankenswerterweise haben Winiwarter und Sainmont (104) ihre 1908 bis 1909 in getrennt erschienenen Abhandlungen niedergelegten Untersuchungsergebnisse über die Oogenese und die Organogenese des Katzenovariums zu einer Monographie zusammengefasst. Bereits früher hatten sich die Autoren mit der Untersuchung des Säugetierovariums beschäftigt (Kaninchen, Mensch) und auch später haben sie wertvolle Veröffentlichungen über das Thema (Mensch, Arch. de Biol. T. 25, 1910) gebracht. Der grosse Wert der kürzlich erschienenen Mono-

graphie besteht vor allem darin, dass ihr ein einheitliches, systematisch geordnetes Material zugrunde liegt; von 18 Tage alten Embryonen an bis zur Geburt wurden 59 Keimdürsen, davon 22 männlich, von der Geburt bis zur Multipara 105 Ovarien in Serienschnitten untersucht. Die Vorteile einer derartig vollständigen Reihe sind doppelt gross für ein Organ, in dem sich neben kompliziertesten Entwickelungsvorgängen von Anbeginn an und zeitweilig in rascher Folge am Zell- und Organsystem schwer übersehbare Rückbildungsvorgänge abspielen. Die Forscher auf diesem Gebiet werden die Monographie und die darin als Vorarbeiten bezeichneten Abhandlungen gründlich studieren müssen, um so mehr, als die späteren Untersuchungen von H. v. Winiwarter am Menschen die Ergebnisse voll bestätigt haben, ohne indessen dieselbe Übersichtlichkeit der Vorgänge zu zeigen.

Hervorzuheben ist die Entschiedenheit, mit der die Verfasser für die Abkunft des Rete ovarii von dem Kapselepithel der Malpighischen Körperchen eintreten, wodurch eine Bestätigung und Geschlossenheit der Phylogenese vorhanden wäre. Nach den Untersuchungen von Winiwarter und Sainmont treiben, sowie die Geschlechtsleiste erscheint, die Malpighischen Körperchen am kranialen Pol vom Wolffschen Körper von der Bowmanschen Kapsel aus schmale Sprossen in das dünne Bindegewebslager hinein, das die Körperchen vom Oberflächenepithel trennt. In der Sexualregion vom Wolffschen Körper durchsetzen sie den Hilus und treten mit den Marksträngen, die der ersten Proliferation vom Keimepithel in das Lumen der Geschlechtsleiste entstammen, in Verbindung. Zu gleicher Zeit degenerieren die Glomeruli, während ihre äussere Kapsel das Verbindungsglied zwischen den exkretorischen Urnierenkanälchen und den Reteschläuchen bildet. Die Vorgänge spielen sich sukzessiv in anterioposteriorer Richtung ab; durch die Rückbildungsvorgänge und die starke Verkürzung der Urniere wird ein Zusammenrücken der Reteschläuche und ein Einbeziehen ihres präsexuellen Teiles in den Sexualteil verursacht.

Der Inhalt der ersten Kapitel ist bereits in den früheren Jahrgängen dieser Ergebnisse referiert, auf die ich hiermit verweise. Es bleibt mir nur die Befunde über die Muskelfasern des Ovariums und über das epoophorale Ganglion zu referieren (Kap. VI u. VII).

Glatte Muskelfasern liessen sich von der achten Woche nach der Geburt in individuell verschiedener Menge nachweisen und zwar verharren die ovariellen Muskelfasern auf dem frühen Entwickelungsstadium der primitiven Myofibrillen. Während sich im Stroma der Zona vascularis nur ausnahmsweise Muskelfasern finden, gruppieren sich diese in der Randzone zum Teil parallel der Oberfläche, zum Teil perpendikulär zu ihr in der Theca interna der Follikel, von deren Zahl und Entwickelung sie in Menge und Anordnung abhängen; nach dem Platzen des Follikels bilden sie die Kapsel des Corpus luteum. Die Beobachtungen von Grohe, Klebs und His, wonach in der Schwangerschaft und bei der Menstruation eine Vermehrung der Muskelfasern vom Mesovarium aus stattfinden soll, wird auf Verwechslung mit Bindegewebsfasern zurückgeführt, die unter dem Einfluss der Gravidität aufquellen und Muskelfasern ähnlich erscheinen. Das viel stärker entwickelte Muskelgewebe des Mesovariums setzt sich zusammen aus äusseren, kräftigen, voll ausdifferenzierten Ausläufern vom Ligamentum latum, die parallel zum Mesovarium verlaufen und aus einer inneren Lage, in der die Fasern nicht ausdifferenziert und verschlungen angeordnet sind, in den Hilus und von da in die Zona parenchymatosa eindringen.

Die erste Anlage eines Ganglion wurde im Epoophoron bei Embryonen von 33 Tagen nahe der kranialen Grenze des Rete gefunden. Gegen das Ende der Embryonalzeit oder nach der Geburt nimmt das Ganglion eine gelappte Form an oder ist sogar völlig geteilt (Haupt- und Nebenganglion). Zwischen dem 21. und 25. Tage p. p. sind die Ganglienzellen ausdifferenziert und zu gleicher Zeit proliferiert das intra- und das perigangliäre Bindegewebe so stark, dass beim ausgewachsenen Tier die einzelnen Ganglienzellen durch kräftige Binde-

gewebsscheiden voneinander getrennt sind, zwischen denen manchmal zahlreiche Fettzellen lagern. Im Zellprotoplasma sind, besonders an der Peripherie, zahllose längliche Granula angeordnet, die als Mitochondrien gedeutet werden.

Dem Ganglion entspringen drei Nervenäste, der erste kreuzt dorsalwärts das Rete und verläuft schräg nach rückwärts, der zweite nimmt einen ähnlichen Verlauf und mündet im Hilus ovarii; ein dritter Zweig durchquert die Mesosalpinx. (Elisabeth Weishaupt.)

B. Plazentation, Gravidität, Puerperium.

Sobotta (89) zeigt bei der Maus, dass das „viszerale" Blatt der Dottersackwand mütterliches Hämoglobin in grossen Mengen resorbiert durch scholligen Zerfall der Erythrozyten benachbarter mütterlicher Extravasate, welcher vorbereitet wird durch Riesenzellen, welche nicht, wie früher angenommen, mütterlicher, sondern fetaler Herkunft sind; die „Keimblattumkehr" erklärt sich aus dem Nahrungsbedürfnis des an Deutoplasma sehr armen Eies, denn das viszerale Dottersackblatt ist zur schnellen Resorption bestimmt. Nach völliger Ausbildung des Plazentarkreislaufes wird aus den hohen zylindrischen hämoglobinverdauenden vakuolisierten Zylinderzellen des Dottersackepithels niedrigeres bis kubisches Epithel. Die Riesenzellen verschwinden zumeist, ebenso die mütterlichen Blutlakunen, es bilden sich aus dem viszeralen Dottersackblatte allmählich lange, gegen die Dottersackhöhle gerichtete Zotten; die dem glatten Teile des Dottersackes anliegende Decidua capsularis wird eingeschmolzen und vom Dottersackepithel, in welchem typische Drüsengranula auftreten, resorbiert, also durch sekretorische Tätigkeit des Dottersackepithels verdaut. Beide Dottersackblätter erhalten sich bis zur Geburt.

Puech und Vauverts (76) stellen 25 Beobachtungen aus der Literatur zusammen, bei denen beim Weibe das Corpus luteum in den beiden ersten Monaten der Schwangerschaft entfernt wurde, 22 mal im Laufe des zweiten, 3 mal im Laufe des ersten Monats. Unter diesen 25 Fällen trat nur 5 mal Unterbrechung der Schwangerschaft ein und zwar in 25% bei bilateraler, in 16,5% bei unilateraler Ovariotomie. Ohne weiteres lassen sich demnach die Ergebnisse der Experimente von Fraenkel an Kaninchen, durch die die Notwendigkeit des Corpus luteum in den ersten Schwangerschaftsmonaten für das Fortbestehen der Gravidität erwiesen wurde und ihrer positiven Nachprüfungen von Niskoubina (Kaninchen), Dick und Curtis (Kaninchen), Mulon (Meerschweinchen), von Sokoleff (Hündinnen) nicht auf den Menschen übertragen.

In späteren Monaten ist immerhin die Gravidität durch doppelseitige Ovariotomie in geringerem Masse gefährdet, durch die im dritten Monat in 11%, im vierten in 12% unterbrochen wird (Weishaupt).

Das Synzytium und Langhanszellen soll nach Wolff sowohl in der wachsenden als in der fertigen Plazenta Oxydasereaktion geben. Auch in der Decidua soll dies jedoch unregelmässig vorkommen.

Hinselmann (41) will an sehr dünnen Schnitten durch junge menschliche Eier den Nachweis erbringen, dass die Langhanszellen nur in Form von anastomosierenden synzytialen Balken in die Decidua basalis eindringen und hier ein kompliziertes Netz bilden, in dessen Maschen das mütterliche Gewebe abstirbt und mit dem Blut- und Lymphstrom fortgeschwemmt werden soll. Einzelne Teile des synzytialen Balkennetzes erfahren eine erhebliche Zunahme des Plasmas unter amitotischer Kernteilung; die Hohlräume zwischen solchen synzytialen Membranen erscheinen als Lakunen im Synzytium.

Nach Wallgren (100) ist die voll ausgebildete Deciduazelle oval oder rund und hat einen ziemlich grossen, in der Regel etwas exzentrisch gelegenen Kern, mit 1—5 grossen Nukleolen und netzförmigem Kerngerüst. In der Nähe des Kernes liegt das Mikrozentrum der Deciduazelle, das von zwei Zentriolen gebildet wird

und gewöhnlicherweise von einem kleinen, noch wenig hervortretenden lichten Hof umgeben wird. Im Zellplasma sieht man eine zusammenhängende, netzförmig angeordnete Faserstruktur, die mit der Urannitrat-Silber-Methode Cajals in den zentralen Teilen der Zelle deutlich geschwärzt wird, dagegen aber nicht die für Mitochondria charakteristische Farbenreaktion gibt. In der peripheren Grenzschicht der Zelle findet sich ein Fasernetz, das eine gewisse Ähnlichkeit mit dem sogenannten Langerhansschen Netz in den Leydigschen Zellen in der Amphibienhaut besitzt.

Viele als Thrombose erscheinende Befunde beruhen nach Hinselmann (40) auf Nekrose mütterlichen Gewebes an der Implantationsstelle des Eis; das perivaskuläre und das Wandgewebe vieler abführender Gefässe der Plazentrastelle lässt „Thrypsis" (!) und Rarefikation erkennen, ohne dass an Ort und Stelle „Fetalepithel" als schädigendes Moment nachweisbar ist. — Er leugnet nicht die gleiche Schädigung durch direkten Kontakt mütterlichen mit fetalem Gewebe; aber das thryptische Ferment kreist auch im Blute des intervillösen Raumes und in den abführenden mütterlichen Gefässen. — Nekrobiotisches mütterliches Gewebe (Zellen und Zelltrümmer) wird seiner Meinung nach mit dem Blut- und Lymphstrom verschleppt; er hält nämlich die „Riesenzellen" u. a. für sicher matern.

Die Röntgenuntersuchungen Vogts (99) ergaben, dass stets ein Ramus communicans zwischen den beiden Nabelarterien besteht, so dass es meistens gelingt, das ganze Arteriensystem von einer einzigen Arterie aus zu injizieren. Die beiden Nabelarterien geben für jeden Kotyledo einen kleinen Gefässast ab. Jeder Kotyledo hat seine eigene Gefässversorgung, wie es schon früher Bumm, Klein u. a. nachweisen konnten. Auch in feinsten Schnitten, die durch die Plazenta angelegt wurden, liess sich die charakteristische Verteilung der Arterien sehr wohl erkennen.

Nach Björkenheim (12) ist im Synzytium neben den Kernen meist an ihrer Spitze ein eckiges Körperchen vorhanden, von unregelmässiger Scheibenform mit lichtem Zentrum, zuweilen von Ringform; es ist netzförmig und stellt den Apparato reticolare interno Golgis dar, wie er ähnlich in den Leukozyten und Bindegewebszellen von Kolster abgebildet wurde. — In den Langhanszellen ist der Apparat viel grösser, liegt zwischen Zellgrenze und Kern ohne Beziehung zum letzteren; die Netzstruktur ist hier deutlicher, das helle Gebiet und die Ausstrahlungen grösser. — Im Amnionepithel liegt der Apparat ringförmig um den Kern herum ähnlich wie in der Gl. thyreoidea (Kolster) mit unebenen Kanten und kleinen Ausläufern.

In der ersten Hälfte der Schwangerschaft fand Acconci (2) ein hohes, protoplasmareiches Synzytium mit dem Anzeichen intensiver endozellulärer Tätigkeit, reichlich Fett, besonders Lipoide enthaltend, ausserdem Langhanszellen in der bekannten Anordnung und schliesslich lipoidtragende interstitielle Zellen. In der zweiten Schwangerschaftsperiode wird das Synzytium allmählich schmäler, sein Gehalt an Protoplasma und an Fettsubstanzen geringer, die Langhanszellen und das Lipoid der interstitiellen Zellen verschwinden. Der Verfasser möchte den Fettreichtum des Synzytiums und der interstitiellen Zellen als Ausdruck der Vitalität der Zellen und der Zotten, nicht als Ernährungsmaterial für den Fetus ansehen. (Elisabeth Weishaupt.)

Firket (28) untersucht die bedeutsame Frage nach dem Verhalten der Urgeschlechtszellen; durch die Arbeiten von Nussbaum und namentlich in letzter Zeit von Rubaschkin und Tschaschin ist bekannt geworden, wie die Urgeschlechtszellen aus dem Mesenchym der Splanchnopleura in die Radix mesenterii und von dort in das Cölomepithel und schliesslich in die definitive Gegend des Keimepithels wandern, während von Berenberg-Gossler (s. d.) ihnen die selbständige Wanderungsfähigkeit abspricht. — Nach Firkets Untersuchungen an Hühnerembryonen sind die „primären Gonozyten", wie er die Urgeschlechts-

zellen nennt, von Anfang an leicht zu erkennen; sie sind gross, hell, rundlich, der grosse Kern ist oft gebuckelt und chromatinarm, das Zytoplasma mit zahlreichen, durch Osmiumsäure schwarz gefärbten Dottertröpfchen beladen. Am 4. und 5. Bebrütungstage dringen sie in die Genitalleiste, welche aus dichtem „Keimepithel" besteht und aus einer dichten Zellmasse von homogenem Aussehen unter dem Epithel besteht; diese Zellmasse ist das Reteblastem. Die primären Gonozyten lagern sich in dem Reteblastem und im Keimepithel ein, was nur durch Eigenbewegung zu erklären sei, wofür auch die leukozytenähnlichen Zellformen sprechen.

Beim Embryo von $6^1/_2$ Tagen wuchert das Keimepithel, um die ersten Genitalstränge zu bilden; in ihnen sind primäre Gonozyten enthalten, während andere in den Bindegewebsfächern zwischen den Genitalsträngen liegen, oder, wie Firket meint, aus dem Keimepithel einwandern. — Die linke Genitalleiste enthält annähernd 5 mal so viel primäre Gonozyten, als die rechte, was ebenfalls für eine Wanderung spreche. In der Genitalleiste angelangt teilen sie sich mitotisch unter Verschwinden der Dottertröpfchen und Verkleinerung und Abrundung der Zellen. Einzelne bleiben im Keimepithel liegen, andere im Mesenterium. Am Ende der Bebrütung haben die fraglichen Zellen im Mesenterium und im Reteblastem an Zahl abgenommen, da sie degenerieren; die übrig gebliebenen sehen genau aus wie Ovozyten, woraus deren Entstehen in Unabhängigkeit vom Keimdrüsenepithel hervorgeht; alle Ovozyten im Rete und Mesenterium gehen zugrunde.

Von den Gonozyten in der Markschicht gehen einige unter Vergrösserung der Zellen zugrunde; vom 15. Tage ab vermehren sie sich auf Kosten des Epithels der Markstränge, wie Übergangsformen beweisen, dies Auftreten von sekundären Gonozyten macht die Verfolgung des Schicksals der primären Gonozyten unmöglich; es scheint indes, dass sie alle zugrunde gehen (14tägiges Kücken). Die Unterscheidung der Urgeschlechtszellen an den Chondriosomen (Rubaschkin) hält er nicht für möglich, weil das Verhalten nicht konstant sei. — Nur in der Rindenschicht kommen die Ovozyten zur Reifung; sie entstammen dem Keimepithel. Ob die primären Ovozyten alle zugrunde gehen, lässt sich nicht sagen; von Wichtigkeit ist jedenfalls, dass es einen zweiten Schub von Sexualzellen gibt, welche mindestens die Mehrzahl der definitiven Eizellen bildet.

Schottlaender (83) will die Altersbestimmung der Schwangerschaft aus dem histologischen Bilde der Plazenta forensisch verwertet wissen und macht dazu folgende Angaben. Bei der ersten Gruppe (die Fetuslänge nach Keibel-Malls Tabelle bestimmt das Alter) von Eiern aus dem 1.—3. Monat liegen die Zotten weit auseinander, das Stroma ist zellarm; in dem meist blutleeren intervillösen Raume liegen viele Trophoblastbalken und viele synzytische Knospen. Die Trophoblastzellen sehr gut begrenzt haben annähernd die gleiche Kerngrösse wie das protoplasmareiche Synzytium. Die Blutkörperchen haben einen Kern; nach Jägeross sind sie bis zur 6. Woche schwachfarbig (ichthyoide), von der 8. Woche ab rot (sauroid), in der 10. Woche beginnen sie zu zerfallen, nach der 12. sind Kerne nicht mehr vorhanden. Im dritten Monat beginnt das Stroma zellreicher zu werden. In der zweiten Gruppe (4.—5. Monat) verliert die Chorionmembran schon in der 15. Woche die Zellschicht, die Zotten dagegen verlieren sie erst um die 17. Woche; das Synzytium der Chorionmembran wird mehr und mehr von fibrinoider Substanz bedeckt und ersetzt. Die Zotten sind vermehrt, kleiner. Bei der dritten Gruppe vom 6. Monate ab sind die Zotten erheblich vermehrt, das Stroma derber, mehr fibrillär, das Epithel synzytisch protoplasmaarm, die Trophoblastbalken (deciduale Septen gibt es nicht) sind spärlicher und degeneriert. Intervillöses Blut ist stets vorhanden. Je derber das Stroma, je reduzierter das Synzytium, desto älter die Gravidität.

Blutergüsse, Infarkte, entzündliche Infiltrate stören die Altersbestimmung.

Grossers (37) Zusammenfassung lautet wie folgt:

1. Der menschliche Embryo besitzt zeitweilig (bei einer Gesamtlänge von 670 μ ausschliesslich der 160 μ langen Kloakenmembran) einen Chordakanal von rund 200 μ Länge und 15 μ lichter Weite, mit dorsaler und ventraler Ausmündung und epithelartig angeordneter, scharf begrenzter Wandung. Die Einschaltung des Chordaepithels in das Entoderm des Dottersackes beginnt an mehreren Stellen gleichzeitig durch Dehiszenz der ventralen Wand des Kanales.

2. Die Mesodermproduktion sowohl des Kopffortsatzes als des Primitivstreifens selber ist wenigstens in dem hier untersuchten Stadium anscheinend nur eine geringe.

3. Das embryonale Cölom tritt als multiple Höhlenbildung im embryonalen Mesoderm auf; Gefässe fehlen der Embryonalanlage selbst noch.

4. Bei dem beschriebenen Embryo findet sich im Haftstiel ein Amnionstrang, der in zwei Teilstücke zerfallen ist; das eine liegt frei im Mesoderm, das andere steht mit einer trichterförmigen Einsenkung des Chorion (Amnionnabel) in Verbindung und besitzt ein kleines Lumen. Das Epithel beider Teilstücke ist in Degeneration begriffen. Ein Amnionstrang oder Amniongang ist kein konstantes Vorkommnis beim Menschen; er ist wenigstens für einen Teil der Fälle als nachträglich entstandene Bildung aufzufassen, deren atavistische Bedeutung (für die Frage der Amnionbildung durch Faltung in der Vorfahrenreihe) wahrscheinlich, aber noch nicht erwiesen ist.

5. Ausserdem besitzt das Ei einen Choriongang, der entfernt von der Embryonalanlage zwei Punkte der Chorionoberfläche miteinander verbindet und von beiden charakteristischen Epithelschichten des Chorion ausgekleidet ist. Solche Gänge sind in der Literatur schon mehrfach beschrieben, aber bisher mit dem Amniongang zusammengeworfen worden. Eine morphologische Bedeutung scheint dem Gange nicht zuzukommen.

6. Im Haftstiel findet sich ausser leeren, von Endothel ausgekleideten Räumen eine Blutinsel, welche mit den Blutinseln des Dottersackes nicht in Verbindung steht.

7. Embryonalanlage und Haftstiel sind mit einer kontinuierlichen, endothelartigen Mesodermschicht bekleidet; das Chorion geht ohne scharfe Grenze in das Magma reticulare über.

8. Magma reticulare ganz junger Stadien ist zellen- und fibrillenfrei und nur von einzelnen Mesodermsträngen durchzogen. Es gibt Schleimreaktion und ist als Interzellularsubstanz eines sehr voluminösen, aber sehr locker angelegten Mesoderms anzusehen. Nur für diese Interzellularsubstanz sollte der Begriff Magma reserviert bleiben. In etwas späteren Stadien nimmt der Inhalt des Chorionsackes mehr den Charakter embryonalen Bindegewebes an, wohl durch Einwachsen desselben in die Interzellularsubstanz (oder durch Differenzierung von Fibrillen innerhalb der letzteren). Das Magma liegt nicht im extraembryonalen Cölom, sondern gehört zum Mesoderm.

9. Das extraembryonale Cölom ist auf die unmittelbare Umgebung des Keimes und Haftstiels beschränkt, verliert aber schon in sehr frühen Stadien seine laterale Begrenzung und geht dann kontinuierlich in das Magma über. Die Grenze zwischen der glatten Bekleidung des Haftstiels mit einer epithelartigen Lage und der unscharfen Begrenzung des Chorion gegen das Magma markiert auch in etwas späteren Stadien die Grenze der Leibeshöhle.

10. Unter den Mesodermsträngen des Eies ist einer, der vom Gegenpol des Dottersackes ausgeht, häufiger zu finden; er kann das Chorion wieder erreichen und, wie in unserem Falle, abgesprengte Entodermzysten und Stränge entodermaler Zellen sowie Blutinseln enthalten. Es ist vielleicht ein Rest einer omphaloiden Plazentation.

C. Brunst. Menstruation.

Eine Zusammenfassung des menstruellen Zyklus in einer fortlaufenden Reihe von Bildern, wie in vorliegendem Werke von Schröder (86) ist noch nicht gegeben und so darf es Anspruch auf Beachtung aller Interessenten erheben. Der Verfasser bevorzugt Fälle mit zeitlich regelmässigem Menstruationstypus, ein freilich an sich nicht beweiskräftiges Moment für die Gesundheit der Schleimhaut; da ihm jedoch ein grosses Untersuchungsmaterial in mehrjähriger Arbeit zu Gebote stand, so ist er in der Lage, die normalen Typen abzubilden. Strittig kann nur das Bild vom 1. Tage der Menstruation sein, welches vom Verfasser auch klinisch mit Endometritis bezeichnet wird; die Abstossung eines grossen Teiles der Schleimhaut darf nicht als Norm bezeichnet werden, da es sicher Menstruation ohne solche gibt. Nur an grossem Materiale könnte die Häufigkeit der Abstossung beurteilt werden. Die meisten Präparate sind in Hämalaun-Muzikarmin-Färbung dargestellt; Verfasser selbst lässt es fraglich, ob das Zellsekret Schleim sei und zwar mit Recht, denn alle Schleimzellen färben sich auch in der Ruhe wenigstens teilweise. Die rotgefärbten Massen sind Glykogen.

Den Hauptwert des prächtigen Werkes hat man mit dem Verfasser in den Abbildungen zu suchen, deren Ausführung die Namensnennung der Künstlerin auf dem Titelblatt durchaus rechtfertigt; mit verhältnismässig einfachen Mitteln wird eine vorzügliche nicht zu schematische und recht naturgetreue Darstellung erreicht. Die 25 in grossem Formate gegebenen Bilder ermöglichen es an der Hand des Textes jedem Arzte, dieses wichtige Untersuchungsgebiet in bequemer und eindringlicher Weise kennen zu lernen. Die Ausstattung ist nur zu loben.

D. Anatomie.

1. Allgemeines.

Die Arterien der Geschlechtsorgane des Menschen entspringen, nach Gérard (34) bei $^{37}/_{100}$ der Fälle nicht in der gleichen Höhe der Aorta.

Sie können kommen:

1. Von der Aorta durch einen einzigen Ast (1 mal),
2. von der Aorta aus verschiedenen Ästen (49 mal), manchmal ist es die rechte, manchmal die linke Arterie, die höher entspringt,
3. Von der Arteria renalis oder der Arteria capsularis dextra inferior.
4. Die spermatischen Gefässe können multiple sein.

Die Beckenorgane werden von dem muskulösen Beckenboden getragen. Die Erklärung dieses Schliessmechanismus durch Halban und Tandler ist nach Schultz (88) nicht richtig. Diaphragma urogenitale, der Perinealkeil und die prärektalen Züge des Levator ani haben keine Bedeutung. Die Levatoröffnung ist kein sagittaler Spalt, der sich von einer Seite zur anderen schliesst, sondern eine runde Öffnung oder ein Querspalt, der von hinten nach vorn geschlossen wird. Der Verschluss erfolgt durch den M. puborectalis, der wie ein Sphincter urogenito-rectalis oder kürzer: Sphincter pelvis funktioniert. Das Einwirken dieses Sphinkters auf die Vagina und das Rektum wird auf Gipsabgüssen gezeigt. — Die Genitalprolapse beruhen auf einer Insuffizienz des Sphincter pelvis. Die postpartalen Prolapse sind speziell dem Abreissen der vorderen Insertionspunkte zuzuschreiben; die Prolapse bei Neugeborenen rühren von einer Paralyse des Sphinkter und die Prolapse bei Nulliparen von einer gradweisen Dilatation des Sphinkter her; in derselben Weise wie eine Koloninvagination den Sphincter ani ext. dilatiert und prolabiert. Eine Retroversion des Uterus hat keine Bedeutung als Kausalmoment, und die Elongation des Cervix muss nach Ziegenspecks Theorie und nicht nach der Halban und Tandlers erklärt werden.

Brill (18) demonstriert nach Cajal dargestellte Präparate von den Geschlechtsorganen des Kaninchens; die Ganglienzellengruppen des Uterus verteilen sich in verschiedener Höhe zwischen die Lagen der glatten Muskulatur; verschieden ein einem Schnitte getroffene Zellen mit grossem Kern inmitten des körnigen Protoplasmas sind von einem feinsten Netzwerke nervöser Endverzweigungen umsponnen; letztere gehen stellenweise in Endknäuel auf. Grosse polygonale Ganglienzellen haben einen oder mehrere Fortsätze, mit denen Fasern zusammenhängen und sich weit in der Muskulatur verzweigen. Ähnlich sind die Zellen im grossen sympathischen Ganglion nahe dem Hilus ovarii. Das Protoplasma derselben hat mehr Vakuolen; breite marklose Nervenfasern umspinnen sie. Feinste Nervenendigungen treten in Beziehung zu den verschiedenen Zellformationen des Ovariums, auch zu der interstitiellen Drüse; in den inneren Schichten der Theca folliculi bilden sie ein vollständiges Netz, welches bei Corpus luteum-Bildung durch Dehnung zugrunde zu gehen scheint. Die Fasern hängen mit den oben genannten Ganglienzellen zusammen. — Brill zieht aus seinen Befunden einige allgemeinere Schlussfolgerungen auf die verschiedene Gestaltung der Ganglienzellen je nach ihrem Ursprung und Funktion.

Falk (26) beschäftigt sich mit der Innervation der Gebärmutter und der Scheide. Im anatomischen Teile seiner Arbeit gibt er Abbildungen eigener Präparate. Ferner verbreitet er sich über die Methodik des Experimentes an Tieren und berichtet über eigene Versuche an Hunden und Kaninchen. Dieses Tiere haben ein dem Frankenhäuserschen Ganglion cervicale analoges Organ, welches zwischen Scheide und Rektum, unweit vom äusseren Muttermund liegt. Die Frage über die spontanen Kontraktionen des Genitalkanals (Frommel) kann mit den zurzeit üblichen Untersuchungsmethoden nicht gelöst werden. Unmittelbarer mechanischer, thermischer, chemischer und elektrischer Reiz löst mehr oder minder heftige Kontraktionen resp. Erschlaffungen von Scheide und Uterus aus. Bei Reizung eines Uterushornes kontrahieren sich gleichzeitig beide Hörner. Motorische Nerven des Uterus und der Scheide sind N. hypergastricus, pelvicus (erigens), der höheren Enden der Uterushörner der N. spermaticus internus. Die beiden erstgenannten Nerven enthalten auch die sensiblen Elemente. Durch Reizung der peripheren Enden der durchschnittenen Vagi und Phrenici werden Kontraktionen der Gebärmutter und der Scheide ausgelöst. Dieser motorische Effekt ist den in den genannten Nerven enthaltenen sympathischen Elementen zuzuschreiben. Reflektorisch können Uterus- und Scheidenkontraktionen ausgelöst werden durch Reizung der zentralen Enden grosser spinaler Nerven, durch Reizung der Haut diverser Körperteile, der Nasenschleimhaut, der Serosa und Mukosa des Magens und Darmes, der Warzen, der Klitoris, sowie durch Aderlass und Erstickung. Kontraktionen können ebenfalls ausgelöst werden bei Reizung der ganzen Rinde des Grosshirnes und aller Abschnitte des Rückenmarks. Die kimographischen Kurven, die bei Reizung aller dieser Abschnitte des Zentralnervensystems erhalten werden, sind sich fast gleich. Strychnin, Sekakornin, Ergotin, Hydrastis Canadensis, Adrenalin und Suprarenin lösen mehr oder minder starke tetanische Kontraktionen aus; bei Mammin, Pituitrin und Ovarienpräparaten sind dieselben von peristaltischem Typus.

(H. Jentter.)

Loofs (59) Paraffineinbettungsverfahren für Uterus und Ovarien gestaltet sich folgendermassen:

1. Nicht zu lange Fixierung in Formalin von 4%.
2. Einbringung des Gewebsstückes in ein entsprechend grosses Gefäss mit Zedernölazeton 1 : 1. Grosse Stücke sind am besten an einem Faden aufzuhängen. Die Entwässerungsdauer beträgt annähernd:

a) für Curettagen bei ½stündiger Wechselung 2 Stunden,
b) für Probeexzisionen aus der Portio, bei 5—6 maliger Wechselung 3—4 Stunden,

c) bei Stücken aus Uterus und Ovarien bis zu einer Dicke von höchstens $^1/_2$ cm 24 Stunden bei 8 maliger Wechselung,
d) bei halbierten Ovarien, besonders fibrös degenerierten und zystenreichen Stücken 2—4 Stunden.

Im letzten Drittel der mutmasslich richtigen Entwässerungszeit sind die Stücke in eine Mischung von 1 Teil Azeton und 4 Teilen Zedernöl zu bringen und darin so lange zu belassen, bis sie durchsichtig geworden sind.

Sämtliche Gefässe sind gut verschlossen zu halten, da sonst das Azeton verdunstet und bei seiner starken wasserentziehenden Kraft Wasser aus der Luft aufnimmt.

Sind die Präparate durchsichtig geworden, so wird der Deckel des Gefässes abgenommen, wodurch das Azeton verdunstet und die Stücke in reines Zedernöl zu liegen kommen. Besser ist es jedoch, die Flüssigkeit (1 : 4) nach dem Durchsichtigwerden noch einmal zu wechseln und in offenem Gefäss stehen zu lassen. Hierin können sie Wochen und Monate ohne Schaden verbleiben.

3. Paraffindurchtränkung.

a) Paraffin von 45° Schmelzpunkt in 48° Thermostaten,
Curettagen $^3/_4$ Stunden,
Probeexzisionen an der Portio $1^1/_2$—2 Stunden,
Stücke bis zu $^1/_2$ cm Dicke 5 Stunden,
grosse Stücke 12 Stunden.

b) Paraffin von folgender Zusammensetzung:

Paraffin von 45° Schmelzpunkt	300 g
Paraffin von 60° Schmelzpunkt	550 ,,
Stearin	100 ,,
Weisses Wachs	50 ,,

4. in Thermostaten von 60°,
Curettagen $^1/_2$ Stunde,
Probeexzisionen aus der Portio $^3/_4$ Stunden,
Stücke bis zu $^1/_2$ cm Dicke 1 Stunde,
grosse Stücke 2—3 Stunden.

5. Giessen des Blocks, wobei auf möglichst rasche Abkühlung des Paraffins zu achten ist, da es sonst spröde wird.

Die Zeiten für Entwässerung in Alkohol-Zedernöl erhöhen sich etwa auf das Doppelte.

2. Ovarium einschliesslich Luteum und Ovulation.

R. Meyer und Ruge (67) haben die Ovarien und Uterusschleimhaut verglichen und kommen zu dem Resultate, dass ein zeitlicher Zusammenfall im zyklischen Ablauf der Schleimhautveränderungen und der Corpus luteum-Bildung besteht; das „hyperämische" oder Proliferations-Stadium des Corpus luteum fällt in das Intervallstadium der Mukosa, die „Vaskularisation" des Epithelluteinsaumes in den Beginn der prämenstruellen Phase, die Blütezeit des Corpus luteum in die vorgeschrittene prämenstruelle Phase, die höchste Blüte kurz vor der Menstruation und die Rückbildung des Corpus luteum während der Menstruation und nachher. Die Proliferation der Epithelluteinschicht oder das hyperämische Stadium fällt ca. 8—12 Tage nach dem Beginne der Menses, die Vaskularisation ca. am 14.—16. Tage geht schnell vor sich; die Blütezeit dauert sehr lange, ca. vom 17.—28. Tag und die höchste Blüte (grösste Ausdehnung der Luteinzellen) ca. 2 Tage vor der Menstruation. Die Rückbildung erfolgt ca. bis 8 Tage nach Beginn der Menstruation ziemlich stark, jedoch die völlige Rückbildung ist sehr wechselnd und manchmal stark verzögert. Die genannten Daten beziehen sich auf den 28 tägigen Menstruationszyklus.

Die Zeit des Platzens der Follikel muss noch festgestellt werden. Nach dem Aussehen des Corpus luteum im mikroskopischen Bilde kann man ungefähr den

Menstruationstermin bestimmen. — Die Ausnahmsfälle bedürfen noch besonderer Berücksichtigung; wenn die nach der Corpus luteum-Bildung vorgenommene Schätzung in einigen Fällen nicht mit der Angabe der Patientin über die letzte Menstruation übereinstimmte, so bestand doch Übereinstimmung zwischen Corpus luteum und Uterusschleimhaut in dem einen oder anderen der oben angegebenen Stadien.

Kurze Beschreibung Millers (63) von sehr jungem Ei; wiederholte Betrachtung über den Unterschied zwischen Corpus luteum menstruationis und Corpus luteum graviditatis und Rückschlüsse auf die Zeit des Follikelsprunges und die Zeit der Befruchtung und der Nidation. Der gelbe Körper ist das trophische Zentrum des Uterus; die Menstruation wird auch von Miller als Zeichen vergeblicher Ovulation angesehen, für die Konzeption ist sie nicht von Bedeutung; doch ist vielleicht das Menstrualblut die Nährflüssigkeit für das Ei. — Brunst und Menstruation sind prinzipiell verschieden. Der 10. Tag vor der Regel sei am geeignetsten zur Befruchtung. Zur Implantation gelangt das Ei der erst ausgebliebenen Menstruation; postmenstruelle Nidation gibt es nicht.

Nach Miller stehen Menstruation und Ovulation in einem festen Abhängigkeitsverhältnis; 9 Tage vor der Blutung platzt der Follikel.

Kolloidtropfen und Kalkkonkremente bei negativem Ausfall der Fettreaktion ermöglichen eine histologische Differentialdiagnose des Corpus luteum graviditatis. Die zyklische Umbildung des Endometriums zur Decidua veranlasst der gelbe Körper, eine Drüse mit innerer Sekretion. Es gelang nicht, den Nachweis eines inneren Sekretes des gelben Körpers zu führen. Ein Sekret des gelben Körpers konnte auch nicht durch die vitale Färbung nachgewiesen werden. Die günstigste Zeit für die Befruchtung ist der 10. Tag vor der neuen Periode. Zur Implantation gelangt das Ei der ersten ausbleibenden Menses. Durch aktives Eindringen des Eies zwischen zwei Drüsenmündungen erfolgt die Einbettung. Zytotrophoblast und Plasmoditrophoblast sind fetalen Ursprungs. Die Auskleidung der Bluträume erfolgt durch das Synzytium, das das Endothel verdrängt und zerstört. Miller fand nicht wie im Fall Bryce-Teacher einen nekrotischen Gürtel in der Umgebung des Eies. Deciduazellen lassen sich nur in der unmittelbaren Umgebung einzelner Gefässe erkennen.

In den gut entwickelten Follikeln degeneriert nach Loyer zuerst die Granulosa des Follikels, dann die des Cumulus proligerus; die Bindegewebszellen dringen letzterem gegenüber zuerst ein aus dem Ovarialstroma ohne Mitosen, nicht von der Theca folliculi. Die Hypertrophie der Thekazellen trägt nicht zur Atresie bei.

Kirkham und Burr (52) fanden, dass Ratten im Alter von 2 Monaten geschlechtsreif sind; 4 Tage nach der Ovulation können reife Eier leicht aus der Tube entnommen werden. Reifende Eier können während zwei östrischer Zyklen vor ihrer Ablage beobachtet werden. Deutliche Zellbrücken verbinden es mit den Follikelzellen. Die erste Polspindel ist kurz und breit, wird gewöhnlich 24 Stunden p. part. gebildet, verschwindet oft schon, ehe das Ei die Tube erreicht. Die zweite Polspindel ist lang und schmal. Das Chromatin des ersten Polkörpers wird zerstreut, das des zweiten erscheint verklumpt.

Schröder (87) sagt, dass das Corpus luteum in seiner Ausbildung, seiner Blüte und der Rückbildung in ähnlicher Weise einer Periodizität unterworfen ist wie das Endometrium und dass man aus seinem Aufbau ebenso einen Rückschluss auf den Zyklustag oder besser die Zyklusphase machen kann, wie aus der Anatomie der Uterusschleimhaut.

Stets nur zur Zeit des Sekretionsbeginnes in der Schleimhaut, am 15.—20. Tage nach dem Beginne der Menstruation findet sich nach E. Schroeder ein in Entwickelung begriffenes Corpus luteum. Im Prämenstrualstadium der Mukosa ist das Corpus luteum reif mit dicker breiter Luteinschicht. Während der Menstruation und später atrophieren die Luteinzellen. Der Follikel platzt wahr-

scheinlich zwischen 14. und 16. Tage. — Nur das Ei aus der Ovulation nach der zuletzt dagewesenen normalen Menstruation kann das befruchtete Ei sein.

Robert Meyer (65) fand bei seinen Untersuchungen über die Beziehung der Eizelle und des befruchteten Eies zum Follikelapparat, sowie des Corpus luteum zur Menstruation, dass das Schicksal der Eizelle bestimmend für das Verhalten des Follikels ist; als Folge der Eireifung wandelt sich der Primordialfollikel in den Graafschen Follikel um. Die monatliche Befruchtungsreife und die Befruchtung eines Eies bewirkt Reifungshemmung und Untergang der anderen reifenden Eier und darauf folgende Follikelatresie, bei Vorhandensein vieler Eier im Reifestadium kleinzystische Degeneration des Eierstockes. Dem Ausstossen des reifen Eies folgt die Bildung des Luteinzellensaumes aus dem Granulosaepithel.

Proliferation, Vaskularisation, Blüte und Rückbildung des Corpus luteum gehen parallel mit den zyklischen Veränderungen der Uterusschleimhaut; Blüte oder beginnende Rückbildung fällt mit der Menstruation zusammen.

Das Corpus luteum graviditatis unterscheidet sich vom Corpus luteum menstr. durch Kolloid in den Zellen, durch Verkalkung, durch ein starkes Bindegewebsgerüst und ebensolche Gefässwandung und durch Abwesenheit von Fett.

Der Eintritt der Menstruation bedeutet den spätesten Termin des Eitodes der vorangegangenen Ovulation; befruchtet wird stets das Ei der ersten ausgebliebenen Regel.

R. Meyer sah ausser der bekannten abortiven Eireifung bei älteren Feten und kleinen Kindern abortive Corpora lutea im Eierstock der Erwachsenen, bei denen die Degeneration des Luteinsaumes bereits in Stadien unvollkommener Entwickelung desselben einsetzt und nimmt als wahrscheinliche Ursache einen vorzeitigen Eitod an. Eine partielle akzessorische Luteinsaumbildung fand sich sowohl bei graviden wie bei nicht graviden Frauen an Wandteilen zystisch atresierender Follikel,; sie wird wahrscheinlich ebenso wie die gleichfalls vorkommende doppelte Corpus luteum-Bildung durch Fernwirkung einer einzigen lebenden Eizelle hervorgerufen und erhalten. — Die Hyperplasie der Thekazellen und die teilweise Persistenz der Epithelluteinzellen in atresierenden Follikeln wird auf einen luteinspeichernden Einfluss des befruchteten Eies zurückgeführt, der sich bei Blasenmole und Chorionepithelien noch weiterhin steigert, wobei dann die Ursache in dem abnorm veränderten Chorionepithel zu suchen ist.

(Elisabeth Weishaupt.)

Nach Abel und McIlroy (1) teilen sich die Ovarialnerven bei Katzen, Hunden, Kaninchen; ein Teil begleitet die Gefässe und endet in ihrer Intima und Muskularis. Der zweite Teil verzweigt sich in der Tunika der Follikel, ohne in die Membrana granulosa zu dringen; der dritte Teil endigt im interstitiellen Gewebe. An diesen Nerven bemerkt man Anschwellungen durch Anhäufung rundlicher Zellen. Alle drei Nervengruppen anastomosieren.

3. Tuben.

Die senile Involution der Tube betrifft nach Geist (32) makroskopisch mehr die Schleimhaut, deren Seitenfalten man mikroskopisch schwinden sieht bei Verringerung der Hauptfalten, in denen das Bindegewebe mässig wuchert. Im uterinen Tubenteile kommt es zuweilen zur Obliteration. Muskulatur und elastisches Gewebe schwinden mehr und mehr. Die Gefässe werden sklerotisch.

Auffallend ist zuweilen das Bestehenbleiben von Flimmerepithel, während es gewöhnlich die Flimmer- und Basalstäbchen verliert und niedrig wird.

Nach Björkenheims (11) Untersuchung nach der Trypsin-Methode enthält die Tubenschleimhaut ein äusserst feines Bindegewebsfasernetz, welches in den Falten parallel liegt; nach Eintritt der Menses wird es lichter und in der Menopause werden die Fasern klumpig angeschwollen. In der Muskulatur verlaufen die Fasern konzentrisch zum Tubenlumen wellenförmig; auch sie werden mit dem

Alter zunehmend gröber. In der Subserosa bilden sie ein Gewirr kürzerer und längerer Fasern, welche sich um die Blutgefässe schlängeln. Unter dem Epithel findet sich eine Grenzmembran.

Elastische Fasern finden sich abgesehen von den Gefässen nur als feine vereinzelte Fasern in der Subserosa und in der Muskelschicht erst von der Pubertät ab; in der Menopause nehmen sie ab.

Mc Allister (3) untersuchte die Tubenmukosa von 29 gynäkologischen und geburtshilflichen Fällen mit Bestscher Karminfärbung, auch zur Kontrolle mit der Lubarschschen Jodfärbung der Präparate. Glykogen fand sich in den Epithelzellen von 7 Tuben. Schwangerschaft bedingt kein Glykogen. Die Tube kann glykogenfrei sein, wenn das Endometrium reich an Glykogen ist. Entzündung hat keinen Einfluss auf den Glykogengehalt.

Coryllos (19) fand ähnlich wie Ries Tastkörperchen im isthmischen Tubenteil in der longitudinalen Muskulatur.

4. Uterus.

Geist (32) findet in allen Stadien der zyklischen Veränderungen der Uterusschleimhaut Flimmerzellen, die sich von den sezernierenden Zellen scharf unterscheiden; ebenso in der Gravidität; dagegen bei dieser keine Stiftchenzellen, die am meisten im Spätintervall auftreten und als nach der Sekretion untergehende Zellen aufgefasst werden. Lymphozyten und neutrophile Leukozyten kommen in der scheinbar normalen Schleimhaut vor; Mastzellen nur im menstruellen und postmenstruellen Stadium.

Cascio (18a) findet bei einzelnen Säugern im Endometrium während der völligen Ruhe der Geschlechtstätigkeit feine Mengen lipoider Substanz im Epithel sowohl der Oberfläche als in den Drüsen. Die lipoide Substanz wird vom Plasma geliefert und wird ausgestossen, sie stellt keinen Dauerbestandteil des Zelleibes dar; die Zelle geht dabei nicht zugrunde (merokrine Sekretion). Ausserdem weist er den Mitochondralapparat im Epithel nach, weiss aber nicht, ob er an der Sekretion Teil hat.

Ssudakow (90) untersuchte 15 frische Uteri von Frauen im Alter von 46 bis 82 Jahren, welche an interkurrenten Leiden gestorben waren. In den meisten Fällen sind die Gefässe stark dilatiert; je älter die Frau, desto grösser das Klaffen der Gefässe (Schwund der Muskelelemente, Verlust des Tonus). Dieses Schwinden des Muskelgewebes ist sehr charakteristisch; letzteres wird ersetzt durch Binde- oder elastisches Gewebe. In einer Reihe von Präparaten sind die polsterartigen Erhebungen Bucuras deutlich zu sehen. Typisch ist das Überwiegen elastischer Fasern über bindegewebige Elemente. Relativ selten sind Kalkkonkremente und Nekrose der Muskularis. Die Sklerose der Uterusgefässe steht in Beziehung zu Schwangerschaft und deren Folgen, weniger zur allgemeinen Sklerose. Zu wiederholten Malen sah Verfasser das originelle Bild zweier konzentrisch gelegener Gefässe (als ob das eine aus dem Lumen des anderen entsteht). In den Lumina sowohl des zentralen, als auch des peripheren Gefässes waren Blutelemente zu sehen. Dieses Bild findet Verfasser nur bei James Goodel beschrieben und erklärt es dadurch, dass das neue Gefäss sich bildet bei nicht gänzlicher Degeneration des alten. (H. Jentter.)

Hoogkamer (44) hat die Nerven des Uterus nach einem besonderen Verfahren gefärbt (unter Sauerstoffdruck, Ringer-Lockescher Flüssigkeit, Methylenblau, molybdänsaures Ammoniak) und findet nach Eintritt in den Uterus eine longitudine und kreisförmige Verteilung der spiralig verlaufenden Nerven bis zu äusserst feinen Verzweigungen teils markhaltiger, teils markloser Fasern. Sie endigen nicht intrazellulär, sondern zwischen den Epithelien und zwischen den Muskelfasern. Ausser der Schleimhaut und Muskulatur werden auch die Gefässe sehr reichlich mit Nervenfasern bedacht. Drei Arten von Ganglienzellen fand Hoogkamer, nämlich einzelne kleine bipolare Ganglienzellen längs der kleineren Nerven

überall, sodann grosse unipolare Ganglienzellen in Ganglien im Parametrium, subserös und längs der grossen Nervenstämme und schliesslich viele multipolare Zellen ebenfalls in den Ganglien und einzeln besonders an den Gefässen und auch in der Mukosa; Hoogkamer hält sie für selbständige Nervenzentren.

La Torres (96) Untersuchungen am Hundeuterus mit den Färbungsmethoden von Ramon y Cajal, Bielschowsky, van Giesen und Weigert (Elastin) ausgeführt, ergeben, dass das Peritoneum nicht eine einfache Membran ist, sondern am Fundus uteri tief zwischen den Muskelbündeln eindringt und diese scheidenförmig einhüllt, so dass das Peritoneum hier nicht abziehbar ist. Die Bindegewebsfasern stellen hier nach ihrer Feinheit und ihrer besonderen Färbbarkeit nach Ramon y Cajal und Bielschowsky Gitterfasern dar.

Die Lipoide kombinieren sich nach Sugi mit dem Alter mit albuminoiden Stoffen. Wahrscheinlich handelt es sich um eine gesunkene Zellfunktion. Bei puerperaler Entzündung steigt die Menge der Lipoide und zwar isotropen und anisotropen. In Myomen sind die Mengen meist geringer als in der normalen Muskulatur.

5. Vagina und äussere Genitalien.

An der Hand von überaus lehhrreichen Abbildungen beschreibt Girode (35) das Lymphgefässsystem von Scheideneingang und Scheide und kommt zu folgendem Ergebnis: Die Lymphgefässe des Scheideneinganges ziehen grundsätzlich zu den oberflächlichen Leistenknoten der oberen inneren Gruppe und nebenbei zur unteren inneren Gruppe. Die Lymphgefässe der Klitoris, Eichel und Kappe ziehen direkt oder indirekt zu den oberflächlichen und tiefen Leistenknoten und zu den inneren und äusseren Retrokruralknoten, aber sie können auch die hypogastrischen und die Knoten des Promontoriums erreichen. Die oberen Lymphgefässe der Scheide haben Beziehungen zu der mittleren und hinteren Drüse der mittleren Kette an der Iliaca externa, die mittleren zu den hypogastrischen Knoten; die unteren, pararektalen zu den Knoten des Promontoriums. Aber sie können auch mit denen des Scheideneinganges zu den oberflächlichen Leistenknoten ziehen.

Mit Fossa navicularis (48) werden nach Jones bezeichnet: 1. Der Raum zwischen dem Hymen oder dem Orificium vaginae und der Vereinigungslinie der Lab. minora nach hinten. 2. Der Raum zwischen Hymen oder dem Orificium vaginae und der Vereinigungslinie der Lab. majora resp. der „Fourchette“, dann 3. der Raum zwischen der Begrenzungslinie der grossen und kleinen Labien. Mit „Fourchette“ werde meistens das Frenulum vulvae bezeichnet. Ebenso werde mit Vestibulum oft das ganze Orificium vaginae, dann wieder nur der obere Teil bis oder eben über die Urethra hinaus bezeichnet.

Ref.: Wiemer (Herne).

II. TEIL.

GEBURTSHILFE.





I.

Allgemeines, Lehrbücher, Lehrmittel.

Referent: Dr. K. Kamann.

A. Lehrbücher, Kompendien, Lehrmittel.

1. Bagienski, Trusska, v., Die aufgeklärte Frau. Ein Lebensbuch. Berlin-Lichterfelde, H. Bermühler.
2. Baisch, K., Leitfaden der geburtshilflichen und gynäkologischen Untersuchung. 2. Aufl. Leipzig, Georg Thieme.
3. Bar, P., A. Brindeau, et J. Chambrelent, La pratique de l'art des accouchements. 3. éd. 2. vols. Paris, Asselin et Houzeau.
4. Berkeley, Cornyus, and Victor Bonney, The Difficulties and Emergencies of Obstetric Practice. Ref. The Lancet. Aug. p. 289.
5. Berry, Hart David, Guide to Midwifery. London 1912. Besprochen Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Heft 3. p. 373.
6. Bilsted, E., Howitz, Nekrolog. Ugeskrift for Laeger. Kopenhagen. p. 27—31. (O. Horn.)
7. Blackham, R. J., The care of children: practical huits for mothers and nurses at home and abroad. 3. ed. London. Scientific. Press.
8. Bossi, L. M., Manuale di ostetricia. Milano, U. Hoepli.
9. Bumm, Ernst, Grundriss zum Studium der Geburtshilfe. 9. verb. Aufl. Wiesbaden, J. F. Bergmann.
10. Chipman, Problems of Obstetrical Practice. Surg., Gyn and Obst. Vol. 17. Nr. 1.
11. Couvelaire, A., Introduction à la chirurgie utérine obstétricale. Paris, G. Steinheil. Besprochen Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Heft 3. p. 373.
12. Credé-Hörder, Die Augeneiterung der Neugeborenen. Berlin, Karger. (Credé-Hörder tritt zur weiteren Verminderung der Erblindung Neugeborener durch Ophthalmoblenorrhoe warm ein für Belehrung des Publikums, besonders der Hebammen, für obligatorische Einführung der Credéschen Prophylaxe mit 1—$1^1/_2$%igem Argentum nitricum, 1,3%igem Argent. acet. oder Sophol, für Einführung der gesetzlichen Meldepflicht der Blenorrhoe und für unentgeltliche Armenbehandlung und Pflege.)
13. Cunnington, C. W., Nursery notes for mothers. London, Baillière.
14. Dührssen, A., Vademecum der Geburtshilfe und Gynäkologie. Für Studierende und Ärzte. 1. Teil. Geburtshilfliches Vademekum. 10. verb. u. verm. Aufl. Berlin, S. Karger.
15. Fehling, H., Ehe und Vererbung. Stuttgart, Ferd. Enke. (Für das gebildete Frauenpublikum bestimmter Vortrag.)
16. — L'ostetricia operativa. Milano, F. Villards.
17. Fischer-Dückelmann, Anna, Die Frau als Hausärztin. Ein ärztl. Nachschlagebuch der Gesundheitspflege und Heilkunde in der Familie mit besond. Berücksichtigung der Frauen- und Kinderkrankheiten, Geburtshilfe und Kinderpflege. Million-Jubil.-Ausg. Stuttgart, Süddeutsches Verlags-Institut.

18. Frankau, Aug., Die Kuhmilch und ihre Produkte. Grundriss der Milchwirtschaft für Mediziner. Freiburg i. Br., Speyer und Kaerner.
19. Gaszyński, St., Die Geburtshilfe, ein Lehrbuch für Ärzte und Zöglinge geburtshilflicher Anstalten. Warschau 1912. Besprochen Gyn. Rundschau. Heft 20. p. 745.
20. Gerling, Reinh., Das Liebes- und Geschlechtsleben des Menschen mit Berücksichtigung der Unkeuschheit sowie aller geheimen Krankheiten, ihrer Verhütung und Heilung. Oranienburg, Orania-Verlag.
21. Gottschalk, S., Gesundheitspflege für Frauen und Mütter. Stuttgart, E. H. Moritz.
22. Guzzoni degli Ancarnani, L' Italia ostetrica. Besprochen Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Heft 2. p. 207.
23. Hackl, Max, Vom Fräulein zur Frau. Praktischer Ratgeber für junge Frauen und Mütter. 31. Aufl. W. German.
24. Jankau, Taschenbuch für Frauenheilkunde und Geburtshilfe. 5. Aufl. Leipzig, Repertorienverlag. (Genaue Angaben über die Frauenkliniken, Universitätslehrer, Spezialärzte und gynäkologischen Fachzeitschriften Deutschlands, Österreichs und der Schweiz.)
25. Jastrebow, Die Mutterschaft und die soziale Notwendigkeit des Mutter- und Säuglingsschutzes in unintelligenten und armen Schichten der Bevölkerung. Journ. akusch. i shensk. bolesn. Jan. (H. Jentter.)
26. Jaworski, Die Geburtshilfe für die Bevölkerung Warschaus in den städtischen Entbindungsasylen. Gazeta Lekarska. Nr. 5. p. 145. 1912.
27. Jeannin, C., et P. Guéniot, Therapeutique obstétricale et gynécologique. Paris, J. B. Baillière et fils. Besprochen Zentralbl. f. Gyn. Nr. 2. p. 76.
28. Jenkinson, J. W., Vertebrate embryology, compr. the early history of the embryo and its foetal membranes. Oxford, Clarendon Press.
29. Ingerslev, E., Matthias Saxtorph og haus Samtid (Matthias Saxtorph und seine Zeit). (Nicht allein hervorragende dänische Ärzte, vielmehr die Geschichte der Obstetrik von 1750—1800). Kopenhagen. 440 S. (O. Horn.)
30. Kakuschkin, Bericht über die Tätigkeit der Ärztekonferenz der St. Petersburger städtischen Gebärasyle für das Jahr 1912. Journ. akusch. i shensk. bolesn. März. (H. Jentter.)
31. Kammerer, Bestimmung und Vererbung des Geschlechtes bei Pflanze, Tier und Mensch. Theodor Thomas, Leipzig. (Für den gebildeten Laien bestimmte Schrift.)
32. Keith, A., Human embryology and morphology. 3. ed. rev. and enl. London, E. Arnold.
33. Kraft, Ludwig, Frantz Johannes August Carl Howitz. (Nekrolog.) Hospitalst. p. 20—24. Kopenhagen. (O. Horn.)
34. Lassablière, P., Hygiène du premier age. Paris, Doin et fils.
35. De Lee, Joseph B., The principles and practice of obstetrics. Philadelphia-London, W. B. Saunders Company. Besprochen Zentralbl. f. Gyn. Nr. 46. p. 1688.
36. Linzenmeier, Allgemeine Übersicht in der Geburtshilfe. Jahreskurse der ärztl. Fortbildung. Juliheft. p. 32.
37. Mac Donald, S., Maternity nursing. London, Methuen.
38. Meyer-Ruegg, Hans, Die Frau als Mutter; Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, sowie Pflege und Ernährung der Neugeborenen in gemeinverständlicher Darstellung. 4. Aufl. Stuttgart, F. Enke.
39. Mc Murrich, J. P., The development of the human body. 4. ed. rev. and enlarged. London, H. Kimpton.
40. Neter, Eugen, Sorgen und Fragen in der Kinderpflege. Arzt und Kinderstube. Ein Trostbüchlein für junge Mütter. München, Verlag der ärztlichen Rundschau.
41. Neugebauer, Fr. v., Eugenik und Geburtshilfe. (Polnische Übersetzung der Arbeit von Rettger in Budapest, ergänzt aus den Arbeiten einiger anderen Autoren.) Med. i kronika Lek. Nr. 31 u. 32. (Polnisch.) (v. Neugebauer.)
42. Nowikow, Bemerkungen zum geburtshilflichen Unterricht an den russischen Universitäten. Journ. akusch. i shensk bolesn. Juli-August. (H. Jentter.)
43. Oberwarth, Lillie, Mutterbriefe. Leitfaden zur Pflege und Ernährung des Säuglings. Mit einem Vorwort v. H. Neumann. 2. verb. Aufl. Leipzig, Th. Grieben.
44. Otto, F., Die Heimlichkeiten und Krankheiten der Frauen. Ärztliche Belehrungen für Mütter und Jungfrauen über den Eintritt der Blüte, die Perioden und die Krankheiten derselben. — Von der Ehe und ihren Folgen: Vom Verhalten während der

Schwangerschaft und der schmerz- und gefahrlosen Entbindung und den ersten Mutterpflichten. Nebst einem Anhang: Die Unfruchtbarkeit und ihre Heilung. 4. verb. Aufl. Leipzig, M. Spohr.
45. Pauli, Herm., Die Frau. Ein gemeinverständliches Gesundheitsbuch für die moderne Frau. 4. verm. Aufl. Wien, W. Braumüller.
46. Ploss, Heinrich, und Max Bartels, Das Weib in der Natur und Völkerkunde. 10. Aufl. Leipzig, Grieben.
47. Poll, H., Die Entwickelung des Menschen. Leipzig, Th. Thomas.
48. Ribemont-Dessaignes, A., Iconographie obstétricale. Fasc. V. Paris, Masson et Cie.
49. Richter, Geburtshilfliches Vademekum. 100 Fälle aus der Geburtshilfe für die Praxis. Bearbeitet nach den „Seminaristischen Übungen" des Herrn Leopold, ehem. Direktor d. kgl. Frauenklinik zu Dresden. Leipzig, F. C. W. Vogel.
50. Robert, Friedrich, Die Entstehung des Menschen in Bildern, dargestellt für die neue Lehre von der Vorausbestimmung des Geschlechts. 4. neubearb. Aufl. Berlin-Schöneberg, Leichter.
51. Rohleder, H., Monographien über die Zeugung beim Menschen. Bd. II. Die Zeugung unter Blutsverwandten. Leipzig 1912, Georg Thieme.
52. Roux, Wilh., Terminologie der Entwickelungsmechanik der Tiere und Pflanzen. Leipzig, W. Engelmann.
53. Schreiber, Adele, Mutterschaft. Ein Sammelwerk für die Probleme des Weibes als Mutter. Herausgegeben in Verbindung mit 52 Mitarbeitern. München, Alb. Langen. Besprochen Münch. med. Wochenschr. Nr. 23. p. 1274.
54. Scheel, Victor, Frantz Howitz (Nekrolog). Ugeskrift for Laeger. Kopenhagen. p. 23—27. (O. Horn.)
55. Shou-Shi-Pien, Ein chinesisches Lehrbuch der Geburtshilfe. Aus dem chinesischen Urtext übersetzt und erläutert von Dr. Hübotter. Wien, Urban und Schwarzenberg. Besprochen Zentralbl. f. Gyn. Nr. 48. p. 1755.
56. Siemons, J. M., The prospective mother; a handbook for women. London, Appleton.
57. Ssobestiansky, Einige Fälle aus der geburtshilflichen Praxis. Verhandl. d. kaiserl. kaukas. med. Ges. 1912. (Ssobestiansky berichtet über drei Kaiserschnittfälle (zweimal absolut verengtes osteomalazisches Becken, einmal Geburtshindernis wegen Dermoidzyste) und einen Fall von Missed abortion. Alle Fälle mit günstigem Ausgang.) (H. Jentter.)
58. Stange, B., Ein Lehrmittel für den geburtshilflichen Unterricht. Annalen für d. ges. Hebammenwesen. Bd. 4. Heft 1. (Stange hat ein Kurvenformular entworfen und im Druck anfertigen lassen, welches erlaubt, die Zeit und Dauer der beobachteten Wehen und die Zahl der gehörten kindlichen Herztöne rasch und übersichtlich einzutragen.)
60. Stelz, Ludwig, Entstehung und Entwickelung des Menschen und die sich daraus ergebenden Regeln für das Geschlechtsleben der reifen Jugend. Leipzig, Ambr. Barth.
61. Strassmann, Paul, Gesundheitspflege des Weibes. Quelle und Meyer, Leipzig. Besprochen Gyn. Rundschau. Heft 16. p. 592.
62. Swayne, J. G., Obstetric aphorisms for the use of students. New edit. London, Churchill.
63. Szirt, A., Der normale und abnormale Verlauf der Geburt und die einzelnen Entwickelungsstadien der Gravidität. Eine Aufklärungsschrift für Frauen und erwachsene Mädchen. Leipzig, F. W. Gloeckner u. Co.
64. Tandler, J., Entwickelungsgeschichte und Anatomie der weiblichen Genitalien. Wiesbaden, J. F. Bergmann.
65. Torssell, O. H., Über die geburtshilfliche Tätigkeit an der Entbindungsanstalt Pro Patria während den Jahren 1880—1913. Allmänna Svenska Läkar. Nr. 27. 1913. (Silas Lindquist.)
66. Ugeskrift for Laeger, In memoriam Howitz. Ugeskrift for Laeger. Kopenhagen. p. 2015—2016. (O. Horn.)
67. Walther, Heinrich, Leitfaden zur Pflege der Wöchnerinnen und Neugeborenen zum Gebrauche für Wochenpflege- und Hebammen-Schülerinnen. 4. verm. u. verb. Aufl. Wiesbaden, J. F. Bergmann.
68. Werboff, J., Die Gebärmutter des Weibes, ihre normale Arbeit und ihre Zerreißungen während der Geburt. Berlin, S. Karger. Besprochen Zentralbl. f. Gyn. Nr. 45. p. 1657.

69. Wrench, G. T., The healthy marriage; a medical and psycholog. guide for wives. London, Churchill.
70. Westermark, F., Von der Stellung der Geburtshilfe Schwedens am Ende von 1600 — Bedeutung Johan von Hoorns für ihre Entwicklung. Hygiea Nr. 7. 1913. Vortrag bei der medizinischen Doktorpromation a. d. Karolin. Med.-chir. Inst. zu Stockholm. d. 31. Mai 1913. (Silas Lindquist.)

B. Geschichtliche und sonstige Werke und Aufsätze allgemeinen Inhalts. Berichte aus Kliniken, Privatanstalten etc.

1. Ander, Adam, Mutterschaft oder Emanzipation? Eine Studie über die Stellung des Weibes in der Natur und im Menschenleben. Berlin, P. Nitschmann.
2. Bauholzer, Karl, Der Einfluss des Nichtstillens auf das Schicksal des Neugeborenen. Inaug.-Diss. München.
3. Behne, Neuere Fortschritte in der Biologie der Geburtshilfe. Jahreskurse der ärztl. Fortbildung. Juliheft. p. 22.
4. v. Behr-Pinnow, Geburtenrückgang und Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit. Berlin, J. Springer. Besprochen Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Heft 5. p. 617.
5. Bericht über die Verhandlungen der geburtshilflich-gynäkologischen Sektion der 85. Versamml. deutsch. Naturf. u. Ärzte in Wien. Gyn. Rundschau. Heft 19. p. 714. Heft 20. p. 750.
6. Berkeley, C., and V. Bonney, The difficulties and emergencies of obstetric practice. London, Churchill.
7. Berndt, G. H., Kalte Frauen. Ärztliche Ratschläge für Frauen, die nichts empfinden. und deren Gatten, die unter der Kälte leiden. 3. erweit. Aufl. Leipzig, A. Kade.
8. Blair Bell, W., The Genital Functions of the ductless glands in the female. The Brit. med. Journ. March 29. p. 652.
9. Bondi, Joseph, Das Gewicht des Neugeborenen und die Ernährung der Mutter. Wiener med. Wochenschr. Nr. 25. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 32. p. 1220.
10. Borntraeger, J., Bewirkt die Geburtenbeschränkung eine Rassenverbesserung? Düsseldorf, L. Voss u. Co.
11. — Der Geburtenrückgang in Deutschland. Seine Bewertung und Bekämpfung. Auf Grund amtlichen und ausseramtlichen Materials. Würzburg, Curt Kabitzsch. Besprochen Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. Heft 3. p. 410.
12. Boss, Statistik des Lying-in Hospital New-York. New-York. med. Journ. Nr. 14. p. 723. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 32. p. 1213.
13. Bossi, Intorno a un processo contro la propaganda neomalthusiana. La Gin. Moderna. V. p. 533.
14. Brennecke, Die Vereinigung zur Förderung der Wöchnerinnen-Asyle und ihrer sozialhygienischen Bestrebungen. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 35. p. 1285.
15. — Der Kampf um die Gesundung der geburtshilflichen Ordnung, in einer Sammlung alter und neuer Beiträge beleuchtet. Magdeburg, Lichtenberg u. Bühling. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 28. p. 1037.
16. Brodfeld, E., Über den Heiratskonsens der Geschlechtskranken. Med. Klinik. Nr. 10. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 25. p. 954.
17. Brodhead, Progress of the Year in Obstetrics. The Amer. Journ. of Obst. Jan.
18. Burckhard, G., Joseph Servatius von d'Outrepont. Ein Lebensbild. Jena, Fischer. Bespr. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 52. p. 1886.
19. Coston, An analysis of 700 cases of labour. The Journ. of the Amer. med. Assoc. Nr. 26. p. 2033.
20. Cumston, Charles Greene, The famous case of Mary Toft, the pretented rabbit breeder of Godalming. The Amer. Journ. of Obst. July. p. 56.
21. Dammann, E., Die geschlechtliche Frage. Aufklärungen über ein dunkles Gebiet. Deuben-Dresden, Klio-Verlag.
22. Dedek, B., Zur Frage der Atembewegungen beim menschlichen Embryo. Biologické Listy. Nr. 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 23. p. 873.
23. Denny Chas, F., Gegenwärtige Ansichten über die Leitung der normalen Geburt. St. Paul med. Journ. August. (Nichts Neues.)
24. Die gynäkologischen Vorträge in Salzburg und Karlsbad. Monatsschr. f. Geb. u Gyn. Bd. 38. Heft 5. p. 598.

25. Disqué, Diätetische Küche. Mit besonderer Berücksichtigung der Diät der Schwangeren und Wöchnerinnen. 6. völlig umgearb. u. verm. Aufl. Stuttgart, F. Enke.
26. Döderlein, A., Rückblick auf den vom 6.—8. August in London stattgehabten XVII. internationalen medizinischen Kongress. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Heft 4. p. 449.
27. Doran, Alban, Mursima, Osiander, Weissbrod, A Study of Forceps. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 24. July. p. 1.
28. — Some eighteenth Century Obstetric Forceps. Royal Soc. of Med. Sect. of the history of Med. The Lancet. Febr. 8. p. 387.
29. — Burton („Dr. Slop"), His Forceps and his Foes. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Jan. p. 3 and 65. (Historische Studie.)
30. — A Demonstration of some eighteenth century obstetric forceps. Proceedings of the Royal Soc. of Med. Vol. 6.
31. — A Study of Forceps. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. July.
32. Eckstein, P., Über das Verhältnis der modernen klinischen Geburtshilfe zur geburtshilflichen Praxis. (Die vierten fünf Jahre geburtshilflicher Praxis.) Samml. klin. Vortr. Nr. 676. Gyn. Nr. 249. Leipzig, Ambros Barth. Bespr. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 32. p. 1212.
33. — Geburtshilfliche Kasuistik aus dem vierten Quinquennium geburtshilflicher Praxis. Gyn. Rundschau. Heft 2. p. 58.
34. Fabre et Rheuter, Statistique de la clinique obstétricale de Lyon en 1912. Réunion obst. et gyn. de Lyon. 10 Févr. 1912.
35. Fehling, H., Der Geburtenrückgang und seine Beziehung zum künstlichen Abort und zur Sterilisierung. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd 74. Heft 1. p. 68.
36. — Ehe und Vererbung. Stuttgart, F. Enke. Bespr. Gyn. Rundschau. Heft 5. p. 181.
37. Fischer, Alfons, Ein sozialhygienischer Gesetzentwurf aus dem Jahre 1800, ein Vorbild für die Gegenwart. Berlin, Springer. Bespr. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 52. p. 1887.
38. Fraenkel, L., Zum Hauptthema des 15. Kongr. der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. Heft 5. p. 663.
39. Frank, Philipp, Bericht über das 13. Tausend der Geburten in der Kgl. Universitäts-Frauenklinik zu Würzburg. Inaug.-Diss. Würzburg. April.
40. Freund, W. A., Leben und Arbeit. Gedanken und Erfahrungen über Schaffen in der Medizin. Berlin, Jul. Springer.
41. Fuchs, Narkose und Anästhesie bei Geburten. Med. Klinik. Nr. 30.
42. Goldfeld, Zipoira, Die Abhängigkeit der körperlichen Entwickelung Neugeborener vom Berufe der Eltern. Inaug.-Diss. Würzburg 1912. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 27. p. 1024.
44. Goldschmidt, Rich., Einführung in die Vererbungswissenschaft. In 22 Vorlesungen für Studierende, Ärzte, Züchter. 2. völlig umgearb. u. stark verm. Aufl. Leipzig, W. Engelmann.
45. Goldstein, Über Rassenhygiene. Berlin, J. Springer. Bespr. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 31. p. 1152.
46. Good, W. Harmar, Some obstetric observations pertaining to internal secretion. The Amer. Journ. of Obst. June. p. 1100.
47. v. Gruber, Die Bedeutung des Geburtenrückganges für die Gesundheit des deutschen Volkes. 38. Versamml. d. deutsch. Vereins f. öffentl. Gesundheitspflege. Aachen, 17.—20. Okt. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 40. p. 1963.
48. Gugel, Alfred, Bericht über 1000 Geburten und Wochenbetten an der kgl. Würzburger Universitäts-Frauenklinik. Inaug.-Diss. Würzburg 1911.
49. Guggisberg, Hans, Geburtshilfe und Strafrecht. Ein akademischer Vortrag. Bern, A. Francke. Bespr. Gyn. Rundschau. Heft 5. p. 182.
50. Gutfeld, Fritz v., Über den Einfluss körperlicher und sozialer Verhältnisse der Mütter auf die Körpermasse ihrer Neugeborenen. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 73. Heft 1. (Statistische Arbeit auf Grund von 5000 Fällen aus dem Material der Berliner Charité.)
51. Hanauer, Abnahme der Geburten in Frankfurt a. M. Ärztl. Verein in Frankfurt a. M. Sitzg. vom 6. Jan. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 7. p. 381.
52. Hanssen, Über den Geburtenrückgang. Med. Ges. zu Kiel. Sitzg. vom 22. Mai.
53. Hantke, R., Die Kongresswoche in Berlin. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. Heft 5. p. 660.

54. Hantke, R., Kritischer Bericht über die XV. Versammlung der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Heft 1. p. 57.
55. Hart, Berry, Some applications of antenatal eugenics in heredity. The Lancet. Oct. 18. p. 1103.
56. Havelock, Ellis, Rassenhygiene und Volksgesundheit, deutsche Originalausgabe, veranstaltet unter Mitwirkung von Hans Kurella. Würzburg, Curt Kabitzsch. 1912. Bespr. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Heft 2. p. 238.
57. Hirsch, Max, Fruchtabtreibung und Präventivverkehr im Zusammenhang mit dem Geburtenrückgang. Eine medizinische, juristische und sozialpolitische Betrachtung. Würzburg, C. Kabitzsch.
58. — Frauenerwerbsarbeit und Frauenkrankheit. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Ergänzungsheft. p. 298.
59. — Frauenerwerbsarbeit und Frauenkrankheit. Verhandl. d. VI. intern. Kongr. f. Geb. u. Gyn. 9.—13. Sept. 1912.
60. — Über das Verhältnis der Geschlechter. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 12. p. 419.
61. Hoehne, Über einige aktuelle Fragen der letzten Jahre auf geburtshilflich-gynäkologischem Gebiete. Beihefte z. med. Klinik. Nr. 2.
62. Van der Hoeven, P. C. T., Die Stellung der verschiedenen Kunstgeburten in bezug aufeinander. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. Heft 3. p. 289.
63. Huber, Wilhelm, Die junge Frau. Betrachtungen und Gedanken über Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. 2. ergänzte u. erweit. Aufl. Leipzig, J. J. Weber.
64. Jäger, Franz, Ein neuer, für die Praxis brauchbarer Sekaleersatz (Tenosin). Münchn. med. Wochenschr. Nr. 31. p. 1714.
65. Kahn, Fritz, Das Versehen der Schwangeren in Volksleben und Dichtung. Inaug.-Diss. Berlin. Frankfurt a. M., J. D. Sauerländer.
66. Kalabin, J. S., Über die Anwendung des Phobrols in der geburtshilflichen und gynäkologischen Praxis. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 44. p. 1627.
67. Kaufmann, Die moderne Entwickelung der Geburtshilfe. Med. i Kronika Lekarska. Nr. 2. 1912.
68. Kayser, Diskussionsbemerkung zu Wolfs Vortrag über Geburtenrückgang. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 6. p. 279.
69. Keilmann, Geburtshilfe und Säuglingsfürsorge. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 73. Heft 2. p. 334. Bespr. Zentralbl. f. Gyn. p. 1169.
70. — Gesichtspunkte einer ärztlich-geburtshilflichen Statistik der Ostseeprovinzen. Petersb. med. Zeitschr. Nr. 17. p. 210.
71. Kemnitz, Mathilde v., Der asthenische Infantilismus des Weibes in seinen Beziehungen zur Fortpflanzungstätigkeit und geistigen Betätigung. Inaug.-Diss. München. Okt.
72. Koeppe, Hans, Säuglingssterblichkeit und Geburtenziffer. Wien, A. Hölder.
73. Kreutzmann, H. J., Erfahrungen aus der geburtshilflichen Privatpraxis in 25jähriger Tätigkeit. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Heft 3. p. 260.
74. Krieg, Menstruation und Gravidität in ihren Beziehungen zu Gymnastik, Turnen und Sport. Geb. Ges. zu Hamburg. Sitzg. vom 27. Mai. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 29. p. 1077.
75. Kuntzsch, Zum Problem der willkürlichen Geschlechtsbestimmung. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. Sitzg. vom 27. Juni. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 5. p. 202. 1914.
76. Kupferberg, Geburtshilfliche und gynäkologische Tagesfragen. Ärztl. Kreisverein Mainz. 14. Jan. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Heft 3. p. 372.
77. Landsberg, E., Die Bedeutung der innersekretorischen Drüsen für den Stoffwechsel in der Schwangerschaft. 15. Kongr. d. Deutsch. Ges. f. Gyn. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 22. p. 805.
78. De Lee Joseph, B., The Principles and Practice of Obstetrics. London and Philadelphia, W. B. Saunders Co.
79. Lehmann, F., Über das Verhältnis der Geschlechter. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 16. p. 572.
80. Liebesny, Stellungnahme der Ärzte zum Geburtenrückgang in Deutschland und Österreich. 85. Versamml. deutsch. Naturforscher u. Ärzte in Wien. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 42. p. 1565.
81. Marcuse, Julian, Die Beschränkung der Geburtenzahl. Ein Kulturproblem. München, Ernst Reinhardt. Besprochen Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. H. 3. p. 410.

83. Markoe, James W., The Practitioner as an Obstetrician. Bull. of the Lying-in Hosp. of the City of New York. Vol. 9. Nr. 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 44. p. 1632.
84. Martin, A., Friedrich Ahlfeld. Zum 16. Okt. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. H. 5. p. 601.
85. — Epilog auf die Hallenser Tagung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie. Rückblick. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. H. 6. p. 851.
86. — Halle a. S. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. H. 5. p. 668.
87. Martin, Ed., Verhandl. d. 6. internat. Kongresses f. Geb. u. Gyn. in Berlin. 9.—13. Sept. Berlin, S. Karger. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 28. p. 1038.
88. Meyer, Leopold, Frantz Howitz. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. H. 5. p. 670.
89. Moriarta, Douglas C., The Pros and Cons of Specialism. The Amer. Journ. of Obst. April. p. 677.
90. Müller, Arthur, Die Gefahren der Flitterwochen. Ein Ratgeber für Verlobte und Neuvermählte. Berlin, Berliner Verlags-Institut.
91. Münster, Friedr., Kultur des Leibes. Wege zur Hebung der Volkskraft. Braunschweig, G. Westermann.
92. Neugebauer, Franz v., Verhandl. der gynäk. Sektion der 11. Versammlung polnischer Ärzte und Naturforscher in Krakau im Juli 1911. Kurze Übersicht. Gyn. Rundsch. H. 21. p. 794ff.
93. Nürnberger, Ludwig, Bericht über die Sektion Geburtshilfe und Gynäkologie des 17. international. med. Kongresses in London. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. H. 4. p. 452.
94. Ollendorf, Kurt, Die Frauenemanzipation in ärztlicher Beleuchtung. Berlin, Zillesen. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 49. p. 2418.
95. Opitz, Gynäkologie und Geburtenrückgang in Deutschland. Med. Gesellschaft in Giessen. Sitz. v. 12. Nov. 1912. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 13. p. 630.
96. Petri, Biologische Reaktionen und ihre Bedeutung für die Geburtshilfe und Gynäkologie. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. H. 1. p. 34.
97. Piering, Oskar, Zucker in der Geburtshilfe. Prager med. Wochenschr. Nr. 3. (Piering empfiehlt Zucker als Wehenmittel, als Scheidendesinfiziens (Gärungsmilchsäure), als Mittel zur Hebung der Herzkraft bei herzkranken Schwangeren und Gebärenden ohne Anführung eigener Erfahrungen.)
98. Pilf, Traugott, Über die Ursachen des Geburtenrückganges in Deutschland. Berlin. klin. Wochenschr. Nr. 6. p. 261. Ref. Zentralbl. Nr. 18. p. 670.
99. Pilsky, Massnahmen gegen den Geburtenrückgang. Altonaer ärztl. Verein. Sitz. v. 19. März. Ref. Münch. med. Wochenschr. Nr. 27. p. 1516.
100. Pinard, De l'Eugesnétique. Annalen de Gyn. Dec. 1912.
101. Plate, L., Vererbungslehre. Leipzig, Wilh. Engelmann. Besprochen Zentralbl. f. Gyn. Nr. 31. p. 1152.
102. Pobadinsky, Die Erfolge des Kaiserschnittes in Russland in den letzten 25 Jahren. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 21. p. 757.
103. Pohlmann, A. G., Über die Ursachen der Geburt. Johns Hopkins Hospital. Bull. Nr. 12. 1912. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 29. p. 1093.
104. Prinzing, Kritische Bemerkungen zum Problem des Geburtenrückganges in Deutschland. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 13. p. 610.
105. Raebiger, Adalbert, Beitrag zur Geburtshilfe der westafrikanischen Neger. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 10. p. 468.
107. Richter, J., u. V. Hiess, Über das bei der ersten Geburt günstigste Alter. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. H. 6. p. 625.
108. Richter, Über grossesse nerveuse. Wissenschaftl. Verein der Ärzte zu Stettin. Sitzg. vom 3. Juni. Zitiert Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. H. 6. p. 729.
109. Richter, J., Bericht über die Verhandlungen der Sektion Geburtshilfe und Gynäkologie a. d. 85. Versamml. Deutscher Naturforscher u. Ärzte in Wien. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. H. 5. p. 588.
110. Robert, Frdr., Die Offenbarungen im Geschlechtlichen. 2. Aufl. Berlin-Schöneberg, Leichter.
111. Rohleder, Herm., Monographien über die Zeugung beim Menschen. Bd. 3. Leipzig, G. Thieme.
112. Rotter, Heinrich, Eugenik und Geburtshilfe. Gynäk. Rundschau. H. 3. p. 107. H. 4. p. 137.

113. Routh, Amand, Pregnancy and antenatal hygiene. The Brit. med. Journ. Sept. 20. p. 759. (Gedrängte Übersicht über neuere englische Mitteilungen.)
114. Sagrijaskin, Alexy, Chronik der geburtshilflichen Abteilung der Kgl. Universit.-Frauenklinik in München im Jahre 1912. Inaug.-Dissert. München 1912.
115. Salomons, Bethel, Some Sequelae of Labour. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. July. p. 12.
116. Schaeffer, R., Statistische Beiträge zum Geburtenrückgang in Deutschland. Ges. f. Geb. u. Gyn. in Berlin. Sitzg. vom 14. März. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 46. p. 1688.
117. — Statistische Beiträge zum Geburtenrückgang in Deutschland. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 74. p. 636.
118. Schickele, G., Kritischer Rückblick über wichtige gynäkologische Arbeiten aus dem Jahre 1912. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 13. p. 708. (Gute, rasche Orientierung.)
119. Schottlaender, J., Fünfeinviertel Jahre pathologisch-anatomischer Tätigkeit im Laboratorium der II. Universitätsfrauenklinik in Wien. Wiener med. Wochenschr. Nr. 45. p. 2897.
120. Schröder, Hans, Die Späterfolge geburtshilflichen Handelns. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Ergänzungsh. p. 129.
121. Schwab, Resultate der häuslichen Geburtshilfe. Ärztl. Verein in Nürnberg. Sitzg. vom 8. Nov. 1912. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 9. p. 496.
122. Schweitzer, Bernh, Zur Prophylaxe des Wochenbettfiebers. Leipzig, S. Hirzel.
123. Seitz, Ludwig, Innere Sekretion und Schwangerschaft. Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie.
124. — Ein Vorwort zu meinem Referat: Über Störungen der inneren Sekretion in ihren Beziehungen zu Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. H. 4.
125. Silbergleit, Geburtenrückgang und Mutterschaft. Med. Klinik. Nr. 43. p. 1787.
126. Sołowij, Bericht über die gynäkol. u. geburtshilfl. Anstalt des allgem. Landesspitals in Lemberg für das Jahr 1911. Lwowski Tygodnik Lekarski. Nr. 27 u. ff.
127. Steinach, E., Feminierung von Männchen und Maskulierung von Weibchen. Zentralbl. f. Physiol. Bd. 27. Nr. 14. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 6. p. 255. 1914.
128. Steffan, Die modernen Bestrebungen in der operativen Geburtshilfe und ihr Einfluss auf die Verschiebungen in der Indikationsstellung. Inaug.-Dissert. Freiburg. Besprochen Zentralbl. f. Gyn. Nr. 44. p. 1633.
129. Sellheim, Hugo, Die geburtsh.-gyn. Sektion auf der Versammlung deutscher Naturforscher u. Ärzte in Wien. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. H. 5. p. 586.
130. Stratz, Schwangerschaft in der Kunst. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 74. p. 899.
131. Sudhoff, Karl, Antike Votivgaben, die weiblichen Genitalorgane darstellend. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. H. 2. p. 185.
132. Tönniger, C., Der Geburtenrückgang und die drohende Entvölkerung Deutschlands. Leipzig, Hans Hedwigs Nachf. Besprochen Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. H. 2. p. 237.
133. La Torre, Delle „false gravidanze". La Clin. Ostetr. Nr. 13.
134. Vaerting, Das günstigste elterliche Zeugungsalter für die geistigen Fähigkeiten der Nachkommen. Würzburg, C. Kabitzsch.
135. Veit, J., Epilog auf die Hallenser Tagung der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie. Schlusswort. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. H. 6. p. 850.
136. — Der Geburtenrückgang, seine Ursache und die Mittel zu seiner Bekämpfung. Prakt. Ergebnisse d. Geb. u. Gyn. p. 219.
137. Voigt, J., Abwartende Geburtsleitung. Therapeut. Monatshefte. H. 6. p. 414.
138. Waldschmidt, Wilhelm, Die Unterdrückung der Fortpflanzungsfähigkeit und ihre Folgen für den Organismus. Stuttgart, F. Enke. Besprochen Wiener klin. Wochenschr. Nr. 37. p. 1477.
139. Waldvogel, A., Statistische Bemerkungen zu den Geburten in der Kgl. Universit.-Frauenklinik in München in dem Zeitraum von 1892—1912. Inaug.-Dissert. München.
140. Wall, M., Über die Weiterentwickelung frühgeborener Kinder mit besonderer Berücksichtigung späterer nervöser, psychischer und intellektueller Störungen. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. H. 4. p. 456.
141. Wolf, J., Schlesische Gesellsch. für vaterländ. Kultur zu Breslau. Med. u. staats- u. rechtswissenschaftl. Sektion. Gemeins. Sitzg. vom 22. Nov. 1912. Berlin. klin. Wochenschr. Nr. 6. p. 279.

142. Wolff, Über Heilkunde, Geburtshilfe und Männerkindbett in China. Gesellsch. der Charité-Ärzte. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 4. p. 182.
143. Wymer, Trinwigis, Die willkürliche Geschlechtsbestimmung beim Menschen. Die Theorie des Hippokrates. Auf Grund von Versuchen an Tieren nachgeprüft. München, J. F. Lehmann. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 6. p. 255. 1914.
144. Yamamoto, Beiträge zur geburtshilflichen Statistik. Japanisches Archiv f. Gyn. Bd. 7. p. 70.
145. Ziegler, The eliminating of the midwife. The Journ. of the Amer. med. Assoc. Nr. 1. p. 32.

C. Sammelberichte.

1. Albeck, Die geburtshilfliche und gynäkologische Literatur in den skandinavischen Ländern. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. H. 5. p. 583.
2. Bienenfeld, Bianca, Aus der französischen Literatur. Sammelreferat 1912. Gyn. Rundschau. H. 17. p. 636.
3. Bondy, Oskar, Neuere Ergebnisse der Puerperalfieberforschung. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. H. 6. p. 821.
4. Davis, Review of the Literature and Case Reports of Ruptured Uterus. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 17. Nr. 1.
5. Die geburtshilflich-gynäkolog. Dissertationen der deutschen Universitäten Wintersemester 1912—1913. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. H. 1. p. 86.
6. Hanssen, Über den Geburtenrückgang. Sammelreferat. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 36. p. 2004.
7. Hüffell, A., Hypophysenextrakt als Wehenmittel. Sammelreferat. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. H. 1. p. 77.
8. Hüssy, Italienische Literatur über Geburtshilfe und Gynäkologie 1911—1912. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. H. 2. p. 199.
9. Meyer-Ruegg, Uterusruptur. Sammelbericht über 1912. Gyn. Rundschau. H. 22. p. 833.
10. Nenadovics, Russische Literatur im Jahre 1912. (Nach Journal akuscherstwa i schenskih boleznei.) Sammelbericht. Gyn. Rundschau. H. 24. p. 903.
11. Neugebauer, Franz v., Bericht über die polnische geburtshilfl.-gynäk. Literatur des Jahres 1912. Gyn. Rundschau. H. 20. p. 742. H. 21. p. 779.
12. Olow, John, Brief aus Schweden. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. H. 4. p. 437. (Sammelreferat.)
13. Stein, A., Bericht über die geburtshilflich-gynäkol. Literatur in Nord-Amerika. II. Halbjahr 1911. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. H. 3. p. 355.
14. — Bericht über die geburtshilflich-gynäkologische Literatur in Nordamerika für das Jahr 1912. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. H. 3. p. 320.
15. Stolper, Lucius, Eieinbettung und Plazentation. Sammelreferat über 1912. Gyn. Rundschau. H. 17. p. 633.
16. — Die Tuberkulose des weiblichen Genitales. Sammelreferat. Gyn. Rundschau. H. 4. p. 142 und H. 19. p. 708. (Enthält auch geburtshilfl. Stoff.)

II.

Hebammenwesen.

Referent: Prof. Dr. H. Walther.

1. Ahlfeld, Die Händedesinfektion in den verschiedenen Ausgaben des preussischen Hebammenlehrbuches. Zeitschr. f. Med. Nr. 9.
2. — Innere Untersuchung durch Hebammen. Deutsche med. Wochenschr. 1912/39.

3. Annalen für das gesamte Hebammenwesen (vereinigt mit der Zeitschrift für das ges. Hebammenwesen). Bd. 4.
4. Backhaus, Erfahrungen über Fortbildungskurse der Hebammen. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Leipzig. Sitzg. vom 21. 4. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 38.
5. Bericht über den 17. Delegiertentag der Vereinigung deutscher Hebammen. Annal. f. Geb. IV. 4.
6. Bericht über die Vorbereitungen des III. internationalen Hebammenkongresses. Ann. IV. 4.
7. Bonnay, The necessity of recognizing midwifery as a branch of surgery. The Brit. Med. Journ. March.
8. Borntraeger, Der Geburtenrückgang in Deutschland. Würzburg, Verlag von Kabitzsch.
9. Eckstein, Zum Exodus der klinischen Vorstände anlässlich der VI. Tagung der Vereinigung zur Förderung des Hebammenwesens in Halle. Ann. IV. 4.
10. — Österreichischer Hebammenkalender. 19. Jahrg.
11. Freund, Organisation der Hebammenschulen. Ref. für die VI. Tagung d. Ver. z. Förder. d. Hebammenwesens. Ann. IV. 2.
12. Grumme, Ein Widerspruch im preussischen Hebammenlehrbuch, Ausgabe 1912. Zeitschr. f. Med. Nr. 17.
13. Hart, Guide of midwifery. London. Ref. The Lancet. Febr.
14. Hartmann, Hebammenausbildung, die Hebung des Hebammenstandes und ärzliche Praxis. Gyn. Rundschau. Nr. 5.
15. Hauser, Über Hebammennachprüfungen. Ref. für die VI. Tagung des Ver. z. Förder. d. Hebammenwesens. Ann. IV. 2.
16. Hebammendienstanweisung für Hebammen im Königreich Preussen vom 19. Jan.
17. Hebammenkalender, deutscher. Verlag von E. Staude. 25. Jahrg.
18. Hebammenkalender, österreichischer 19. Jahrg.
19. Holste, Vorschläge zur Verbesserung des neuen preussischen Hebammenlehrbuches. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 9.
20. Kindler, Säuglingsfürsorge und Hebammen. Zeitschr. f. Med. Nr. 22.
21. Kirstein, Über die Beziehungen der geburtshilflichen Wissenschaft zu den Fragen des Hebammenstandes. Ann. IV. 4.
22. — Veröffentlichungen auf dem Gebiete der Medizinalverwaltung. Bd. 2. Heft 9. (u. a. über Verhältnisse in Nordamerika, die noch sehr rückständig sind in bezug auf Ausbildung, Fortbildung u. a.).
23. Kosmak (New York), Entspricht die Durchschnittshebamme den an sie gestellten Anforderungen? Bull. of the Lying. J. Hosp. of the City of New York. March. (Empfiehlt Abschaffung der Hebammen und Übernahme der gesamten Geburtshilfe in der ärmeren Bevölkerungsschicht durch Wohltätigkeitsanstalten mit deren geschultem Pflege- und ärztlichen Personal.)
24. Krohne, Die den Hebammen, Hebammenlehrern und Kreisärzten durch die Neuauflage des preussischen Hebammenlehrbuches erwachsenden Aufgaben. Ann. IV. 1.
25. — Veröffentlichungen auf dem Gebiete der Medizinalverwaltung. Bd. 1. Heft 16. Verlag Rich. Schoetz.
26. Kuschel, Statistisches und Hebammentagebücher. Zeitschr. f. Med. Nr. 16.
27. Lumpe, Zur Händedesinfektion für Hebammen. Ann. IV. 1. (Empfiehlt Sublamin-Alkohol-Desinfektion.)
28. Nésyáros-Eisenstein, Reflexionen und Vorschläge zur Hebammenreform mit spez. Rücksicht auf Ungarn. Ann. IV. 4.
29. Poten, Wiederholungslehrgänge für Hebammen. Ann. IV. 2. Ref. f. d. VI. Tagung d. Ver. z. Förd. d. Hebammenwesens.
30. Rapmund, Die Verhandlungen des Reichstags über den Etat des Reichsgesundheitsamtes. Zeitschr. f. Med. Nr. 3. (Allgemeine Anerkennung der Notwendigkeit einer Hebammenreform; reichsgesetzliche Regelung erst in Aussicht gestellt, wenn die Bundesregierungen nach einheitlichen Gesichtspunkten die Fragen der Ausbildung, Prüfung, Befugnisse, Pflichten, Fortbildung u. a. ausgearbeitet haben.)
31. — Die Beratung des Medizinaletats im preussischen Abgeordnetenhause. Zeitschr. f. Med. Nr. 5. (Auch hier wird Regelung des Hebammenwesens gewünscht, besonders die statutarische Regelung seitens der Kreise.)
32. — Säuglingspflege und Hebamme. Zeitschr. f. Med. Nr. 24.

33. Rieländer, Die Ausbildung gebildeter Frauen als Hebammen. Ann. IV. 1. (Antwort auf den Aufsatz von Rissmann.)
34. Rissmann, Thesen zu dem Thema Nachprüfungen. Ann. IV. 2.
35. — Die Vereinigung zur Förderung des Hebammenwesens. Ann. IV. 4 und Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. 4.
36. — Ausbildung von Säuglingspflegerinnen in ihren Beziehungen zu den Hebammenschulen und zu den Krankenschwestern. Gyn. Rundschau. Nr. 1.
37. Rühle, Die Organisation der Hebammenlehranstalten. Ann. IV. 2. Ref. f. d. VII. Tagung d. Ver. z. Förd. d. Hebammenwesens.
38. Semon, Über die Entbehrlichkeit und weitere Einschränkung der inneren Untersuchung in der Hebammenpraxis. Ann. IV. 1. Thesen f. d. VI. Tagung d. Ver. z. Förd. d. Hebammenwesens.
39. Stange, Ein Lehrmittel für den geburtshilflichen Unterricht. Ann. IV. 1. (Kurvenformular, um die Zeit und Dauer der Wehen und die Zahl der kindlichen Herztöne übersichtlich einzutragen.)
40. Veit, Die Vereinigung zur Förderung des Hebammenwesens. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. 1. Juli.
41. *Vorberichte für die VI. Tagung der Vereinigung zur Förderung des Hebammenwesens in Halle. Ann. IV. 2.
42. *Verhandlungen der Vereinigung zur Förderung des Hebammenwesens, VI. Tagung in Halle. 13. Mai. Ann. IV. 3.
43. Walther, Wiederholungslehrgänge für Hebammen. Thesen dazu. Ann. IV. 2.
44. — Nachprüfungen für Hebammen. Ann. IV. 2. Ref. für d. VI. Tagung d. Ver. z. Förd. d. Hebammenwesens.
45. Ziegler, The elimination of the midwife. Journ. A. M. Jan.

Unter den litterarischen Erscheinungen auf dem Gebiete des Hebammenwesens stehen im Berichtsjahre die Vorberichte und Verhandlungen der VI. Tagung der Vereinigung zur Förderung des Hebammenwesens im Vordergrund des Interesses. Die Themata, welche zur Verhandlung kamen, z. T. auch genau besprochen wurden, betrafen 1. die Fortbildungskurse für Hebammen (Referenten Poten-Hannover und Walther-Giessen), 2. die Nachprüfungen für Hebammen (Referenten: Hauser-Karlsruhe und Walther-Giessen), 3. innere Untersuchung (Ref. Semon-Königsberg), 4. Organisation der Hebammenschulen (Ref. Freund-Strassburg und Rühle-Elberfeld). Während Poten den Urgrund der ungenügenden Leistungsfähigkeit der Hebammen in der mangelhalten Vorbildung und Begabung der Schülerinnen erblickt, demgemäss von den Wiederholungslehrgängen sich nicht allzuviel verspricht, wünscht Walther, gestützt auf die günstigen Erfahrungen, die in Hessen mit den seit 1891 eingeführten Wiederholungslehrgängen gemacht worden sind, dass in allen Bundesstaaten solche eingeführt werden, da doch einmal mit dem noch vorhandenen Material gerechnet werden muss, und zwar Einziehung in regelmässigem Turnus (alle 5 Jahre, nicht erst nach 10 Jahren, da dieser lange Zeitraum der Degeneration gerade Vorschub leistet!) Die Notwendigkeit einer geregelten Fortbildung wird auch in der Diskussion anerkannt, so dass im wesentlichen Walthers Thesen mit einigen Abänderungen angenommen werden (Kurse von mindestens 10—14 Tagen, regelmässiger Turnus von etwa 5 Jahren, obligatorische Durchführung, wie in Hessen, Sachsen, Baden). Aus der auf Grund authentischer amtlicher Mitteilungen zusammengestellten Tabelle in Walthers Referat geht hervor, dass bis jetzt nur acht Bundesstaaten die Fortbildung geregelt haben, also über $^2/_3$ derselben in dieser wichtigen Frage noch rückständig sind. Auch die von den Referenten über die Nachprüfungen der Hebammen aufgestellten Thesen werden im wesentlichen angenommen, wiewohl mit Recht darauf hingewiesen wird, dass solche die Wiederholungslehrgänge niemals ersetzen können, also weniger zur Fortbildung, als zur ständigen Kontrolle und Beaufsichtigung, bei dieser Gelegenheit allerdings auch zur kurzen Belehrung geeignet sind. Bezüglich der inneren Untersuchung, bezüglich deren der Ref.

Semon eine wesentliche Einschränkung fordert, begründet Krohne - Berlin die jetzige Auffassung des neuen preussischen Hebammenlehrbuches, das er im wesentlichen redigiert hat; die innere Untersuchung ist für die Hebamme als unentbehrliches Mittel zur Diagnosenstellung erlaubt, aber gegen früher ganz erheblich eingeschränkt (vgl. §§ 192, 198, 201). Auch von anderer Seite wird darauf hingewiesen, dass sie sowohl als Unterrichts-, wie als diagnostisches Mittel nicht entbehrt werden kann (Freund, Walcher, Zweifel). Das sehr heikle Referat, Organisation der Hebammenschulen, welches eine Reihe nicht zu leugnender Übelstände aufdeckt, die durch die Verbindung von Hebammenschule und Universitätsfrauenklinik bestehen, fand eine eingehende Diskussion im Anschluss an die Freundschen Thesen, der u. a. fordert, selbständige Hebammenschulen, intensivere Ausbildung der Schülerinnen (mindestens neun Monate, ev. unter Anfügung einer sechs Wochen dauernden praktischen Zeit), systematische Verteilung der Unterrichtsgegenstände unter die Lehrer der Hebammenschule (Direktor, Oberarzt, Assistenten). Auch das ebenso lehrreiche wie ausführliche Referat Rühles bringt eine eingehende Schilderung des Betriebes einer Hebammenlehranstalt, zugleich aber kritisiert er scharf die Unzulänglichkeit mancher Hebammenschulen, insbesondere der Vereinigung von Hebammenschule und Universitätsklinik für Studierende. Bezüglich der Ausbildung fordert er Verlängerung auf ein Jahr, und macht im übrigen sehr beachtenswerte Vorschläge in bezug auf Bau, Einrichtung der Hebammenschulen, vor allem Unterrichtsplan, systematische Unterweisung der Schülerinnen nach diesem Plan sowohl in der Geburtshilfe als auch in der Säuglingspflege. Jede Schülerin muss mindestens 15 (nach Freund 20) Geburten selbständig beobachtet haben. Die Vereinigung der Hebammenlehranstalt mit Universitätsklinik für Studierende (These 54) hält er nicht für zweckmässig, jedenfalls für einen Notbehelf und verlangt folgerichtig sogar die Trennung der ersteren von diesen.

Bezüglich der Fortbildung der Hebammen sind die Erfahrungen aus der Leipziger Klinik (Zweifel) sehr beachtenswert, die Backhaus über die seit einigen Jahren dort eingeführten Fortbildungskurse gesammelt hat. Sie stimmen im wesentlichen mit den, auch von Walther in seinem ausführlichen Vorberichte mitgeteilten Erfahrungen überein und bestätigen die grossen Vorteile einer geregelten Fortbildung der Hebammen.

Mit der Organisation des Hebammenwesens beschäftigt sich ein sehr ausführlicher Aufsatz von Mésgáros - Eisenstein, allerdings unter Berücksichtigung der ungarischen Verhältnisse. Seine Forderungen decken sich im übrigen mit der, auch von anderer Seite gestellten — z. B. Aufnahmeprüfung, Beseitigung der Präsentation, Entscheidung über die Eignung der Schülerin durch die Schule, Aufnahme gebildeter Frauen — (ähnlich Zangemeister, Rieländer) zur Hebung des allgemeinen Ansehens des Hebammenstandes, wiewohl das Gros der Hebammen sich wohl aus intelligenten Frauen der einfachen Bevölkerungsschicht weiter rekrutieren dürfte. Die Notwendigkeit einer Reform des Hebammenwesens wird auch neuerdings wieder betont, nicht nur von den zunächst beteiligten Faktoren (Hebammenlehrer, Kreisärzte), sondern jetzt auch von den Volksvertretern im Reichstag und Abgeordnetenhause. Wenn auch eine reichsgesetzliche Regelung noch fehlt, so sind doch einschlägige Beratungen im Reichsgesundheitsamt gepflogen worden über einheitliche Ausbildung, Fortbildung, Prüfung, Pflichten. Leider fehlt es aber auch jetzt noch an einer einheitlichen Desinfektionsordnung sowie einer einheitlichen Dienstanweisung.

Bezüglich des preussischen Hebammenlehrbuches werden von verschiedener Seite Verbesserungsvorschläge gemacht. Grumme macht auf verschiedene Widersprüche im Lehrbuch aufmerksam (die Ref. bestätigen kann); Ahlfeld weist darauf hin, wie oft seit 1888 in Preussen die Desinfektionsordnung geändert

worden ist; u. a. empfiehlt er 96 $^0/_0$igen Spiritus an Stelle des 70 $^0/_0$igen und hält gleich Holste (und Ref.) für sehr bedenklich, dass die Hebamme die Verdünnung des Spiritus selbst vornehmen darf. Auch Holste findet einige Bedenken bezüglich der jetzigen Desinfektion, des Blasensprengens bei Plac. praevia (gerade bei einem Irrtum in der Diagnose, z. B. bei Querlage) und hält die Ausschaltung des Sublimates nicht für gerechtfertigt. Nach Krohne sollen allerdings in Preussen 11,7 $^0/_0$ sublimatempfindlich sein. Bezüglich der Nachgeburtslösung, die aus besonderen Gründen in Preussen den Hebammen gestattet ist, teilt Krohne mit, dass 1909 bis 1911 bei $3^1/_3$ Millionen Geburten sich 1175 mal die Lösung notwendig machte durch Hebammen (1 : 2864 Geburten) (die Mortalität betrug dabei 2,9 $^0/_0$), zumal auch Todesfälle bekannt geworden sind aus Gegenden, wo ein Arzt nicht rechtzeitig zur Stelle sein konnte.

Die Säuglingsfürsorge spielt auch in der Hebammenpraxis eine grosse Rolle, insofern (mit Recht Ref.) auf den persönlichen Einfluss der Hebammen, z. B. auf stillende Mütter, Wert gelegt wird. Kindler wünscht sogar, dass staatlich die Hebammen mit der Fürsorge betraut werden, wünscht zu dem Zwecke allerdings eine längere Ausbildung in der Säuglingspflege mit Verlängerung des Kursus auf ein Jahr. Wie viel auf dem Gebiete der Säuglingspflege auch durch Unterweisung der Hebammen und Heranziehung dieser zur Ausübung der Fürsorge geleistet worden ist, zeigt Rapmund an dem Beispiele des pfälzischen Kreises Weissenburg (Dörfler). Auch ein bayerischer Ministerialerlass empfiehlt neuerdings die Mitwirkung der Hebammen in der Säuglingspflege.

Schliesslich wird auch bezüglich der Bekämpfung des Geburtenrückganges die Mithilfe der Hebammen gefordert; so verlangt Borntraeger, dass den Hebammen verboten wird, schwangerschaftsverhütende Mittel zu empfehlen (was übrigens schon seit langem im Unterrichte und den Wiederholungslehrgängen energisch geschieht, Ref.).

Für die Belehrung der Hebammen bringen auch im letzten Jahre die Allg. deutsche Hebammenzeitung, die sächsische und bayerische Hebammenzeitung sehr lesenswerte Aufsätze, meist aus berufener Hand.

III.

Physiologie der Gravidität.

Referent: Dr. Zinsser.

a) Zeugung, Schwangerschaftsveränderungen im mütterlichen Organismus, Physiologie der Frucht und ihrer Anhänge.

1. Albeck, Undersogelser af den kvindelige Urinblaeres Funktion (Untersuchungen über die Funktion der weiblichen Urinblase.) Förhandlingarna vid Nordisk kirurgish Förenings 10. Möte i Kopenhaum, p. 115—121. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 40. p. 1477. (O. Horn.)
2. Alexejew, Über Spermo- und Ovariolysine und ihren Einfluss auf die Konzeption bei Tieren. Russki Wratsch. Nr. 18. (Die Versuche des Verf. bestanden kurz darin, dass er zuerst einen technisch einwandsfrei bereiteten Hodenextrakt in steigenden Dosen den Versuchstieren injizierte, darauf nach 11—12 Tagen von den so vorbe-

reiteten Tieren Blutserum entnahm und dasselbe auf seine spermatolytische Kraft in vitro prüfte. Nun wurden männliche und weibliche Kaninchen mit diesem Serum in steigenden Dosen injiziert und danach gepaart. Mit einer Ausnahme wurden die injizierten weiblichen Kaninchen nicht trächtig. Dieses Ausbleiben der Schwangerschaft bei 25 Versuchstieren ist nicht zufällig, sondern als Wirkung des Spermotoxins anzusehen. 15 mit ovariotoxischem Serum injizierte Kaninchen blieben gleichfalls steril; ausserdem wurden bei ihnen tiefe Veränderungen in den Ovarien gefunden. [Pyknose und Zerfall der Kerne der Eizellen und fettige Infiltration des Eierstocks.]) (H. Jentter.)

3. Alin, E., Hypophysis cerebri während der Schwangerschaft. Verhandl. d. obst.-gyn. Sekt. d. Ges. Schwed. Ärzte Hygiea. Nr. 10. 1913. (Silas Lindquist.)
4. *Aschner, B., Schwangerschaftsveränderungen der Zirbeldrüse. Verh. d. deutsch. Ges. f. Gyn. Bd. 15. 2. p. 231.
5. Asch, Über intrauterine Ernährung. Sitzungsber. d. gyn. Ges. Breslau. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. p. 701. (Asch deutet einen kongenitalen Epitheldefekt am Oberarm eines übertragenen Kindes als eine Art Lutschfleck, entstanden dadurch, dass das Kind sich schon intrauterin im Säugen übt.)
6. *Bauereisen, Experimentelle Untersuchungen über den Einfluss der Schwangerschaft auf Leber und Nieren. Verhandl. d. deutsch. Ges. f. Gyn. Bd. 15. 2. p. 183.
7. Berna, F., Beitrag zur Kenntnis der Einbettung des menschlichen Eies. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. p. 723.
8. Berthelsen, Alfr., Menstruationen hos Eskimoerne. (Die Menstruation bei den Eskimos.) (Für 127 untersuchte Grönländerinnen war das Alter für die erste Menstruation $15^1/_2$ Jahre und die Menstruation fand sowohl im Winter als im Sommer statt — nicht, wie oft angegeben, nur Sommers [2—4 mal]). Ugeskrift for Laeger. Kopenhagen. p. 900—901. (O. Horn.)
9. Bittner, Über Schwangerschaftsveränderungen an der Leber und an anderen Organen. Inaug.-Diss. Giessen. (Die von Hofbauer beschriebenen Schwangerschaftsveränderungen an der menschlichen Leber und Niere konnten an Tiermaterial nicht bestätigt werden.)
10. Bondi, J., Das Gewicht des Neugeborenen und die Ernährung der Mutter. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 25. p. 1026.
11. Braude, J., Die Durchgängigkeit des Zervikalkanals und des Muttermundes am Ende der Schwangerschaft. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 47. p. 1709.
12. Brenner, Über ein junges menschliches Ei. Sitzungsber. d. naturhist. med. Vereins Heidelberg. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 35. p. 1569.
13. *Buglia, G., Über den Übergang der Eiweissverdauungsprodukte von der Mutter auf den Fötus. Biochem. Zeitschr. Bd. 48. p. 362.
14. *Carlson, A., J., The parathyroids and pregnancy. Proc. of the soc. for exp. biol. and med. Vol. 10. p. 183.
15. Donaldson, Malcolm, Some observations of blood pressure in cases of normal and abnormal pregnancies and labours. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Empire. Vol. 24. p. 133.
16. Eckelt, Curt, Über Nierenfunktion in der Schwangerschaft. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 74. p. 434. (Stoffwechselversuche nach entsprechenden Belastungsproben ergaben für die Niere gesunder Schwangerer eine normale Funktion. Eine gesteigerte Diurese lässt sich nicht nachweisen. Die Arbeit bringt weiter ausführliche Versuche an Schwangerschaftsnieren und Eklamptischen.)
17. *Engelhorn, Über die Beeinflussung des Hämoglobinkatalysators in der Schwangerschaft. Verhandl. d. deutsch. Ges. f. Gyn. Bd. 15. 2. p. 185.
18. — E., Über die Beeinflussung des Hämoglobindialysators in der Schwangerschaft. (Weichardsche Reaktion.) Münchn. med. Wochenschr. Nr. 22. p. 1195.
19. *Fabre, De l'hystérographie. Arch. mens. d'obst. et de gyn. Nr. 11. p. 307.
20. — et Rhenter, De la contraction utérine de la grossesse. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Nr. 5. p. 490. (Versuche mit dem Fabreschen Hysterographen ergaben Kurven, die einen gewissen Zusammenhang zwischen dem Ablauf der Schwangerschaftskontraktionen und dem der Geburtswehen vermuten lassen.)
21. Favarger, Über Gravidität und Altersveränderungen der Vaginalschleimhaut. Inaug.-Diss. München. Sept. 1913.
22. Fetzer, Über Nierenfunktion in der Schwangerschaft und bei Schwangerschaftstoxikosen. Verhandl. d. deutsch. Ges. f. Gyn. Bd. 15. 2. p. 137.

23. *Fetzer, M., Studie über den Stoffhaushalt in der Gravidität nach experimentellen Untersuchungen des Verhaltens trächtiger Tiere und ihrer Früchte bei eisenreicher und eisenarmer Ernährung. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 74. p. 542.
24. Torssell, O. H., Über das Amnionepithel während normalen und pathologischen Zustandes. Hygiea. Nr. 3. 1913. (Silas Lindquist.)
25. Fraenkel, L., Untersuchungen über die sogenannte Glande endocrine myométrale. Arch. f. Gyn. Bd. 99. p. 225.
26. — Innere Sekretion und Schwangerschaft. Verhandl. d. deutsch. Ges. f. Gyn. Bd. 15. 2. p. 192.
27. Fulci, F., Die Restitutionsfähigkeit der Thymus der Säugetiere nach der Schwangerschaft. Zentralbl. f. allg. Path. u. path. Anat. Bd. 24. p. 968.
28. Füth, Weitere Beiträge zur Verschiebung des Cökum während der Schwangerschaft. Verhandl. d. deutsch. Ges. f. Gyn. Bd. 15. 2. p. 516.
28a. *Gammeltoft, S. A., Untersuchungen über den Stickstoffsstoffwechsel während der Gravidität. Skand. Archiv f. Physiologie. Bd. 28. p. 325.
29. Goldschmidt, Weitere Untersuchungen über Vererbung und Bestimmung des Geschlechts. Sitzungsber. d. Ges. f. Morph. u. Phys. in München. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 30. p. 1688. (Bericht über experimentelle Untersuchungen an Lymantria dyspar.)
30. Gozoni, L., Über serologische Unterschiede zwischen mütterlichem und fötalem Blutserum. Zeitschr. f. Immunitätsforsch. Orig.-Bd. 19. p. 172. (Das Serum des Meerschweinchenföten enthält weder ein hämolysierendes noch ein bakterizides Komplement. Im Serum von Kaninchen und Schweineföten fehlt ebenfalls das hämolysierende Komplement, dagegen haben sie annähernd die gleiche Bakterizidie wie das mütterliche Serum.)
31. *Gräfenberg, Über spontane Lävulosurie in der Schwangerschaft. Verhandl. d. deutsch. Ges. f. Gyn. Bd. 15. 2. p. 304.
32. *Graff, v., E., Schildrüse und Gestation. Verhandl. d. deutsch. Ges. f. Gyn. Bd. 15. 2. p. 66.
33. Hauch, Lemeland, und Vaudescal, Les récents travaux sur la nutrition pendant la grossesse. Arch. mens. d'obst. et de gyn. Tome 2. p. 294. (Ausführliches Referat einer im skandinavischen Archiv für Physiologie erscheinenden Arbeit von Gameltoft.)
34. Hertwig, O., Versuche an Tritoneiern über die Einwirkung bestrahlter Samenfäden auf die tierische Entwickelung. II. Beitrag zur experimentellen Zeugungs- und Entwickelungslehre. Arch. f. mikr. Anat. Ant. 2. Bd. 82. p. 1.
35. *Heynemann, Th., Herz- und Zwerchfellstand während der Schwangerschaft. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 74. p. 854.
36. *— Herz- und Zwerchfellstand in der Schwangerschaft. Verhandl. d. deutsch. Ges. f. Gyn. Bd. 15. 2. p. 131.
37. Hinselmann, H., Die angebliche physiologische Schwangerschaftsthrombose von Gefässen der uterinen Plazentarstelle. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 73. p. 146.
38. — Die angebliche physiologische Schwangerschaftsthrombose von Gefässen der uterinen Plazentarstelle. Stuttgart, Encke. M. 6.—.
40. — The Ammoniacoefficient in pregnancy with a report of sixty cases. The Amer. Journ. of Obst. Vol. 67. May. p. 925. (Verfasser schliesst aus fortlaufenden Urinuntersuchungen, dass die meisten Schwangeren gegen Ende der Gravidität zu Störungen des N-Stoffwechsels neigen, und dass ein Ansteigen des Ammoniaktiters ein ungünstiges prognostisches Zeichen bedeutet.)
41. Jacobsen, Aage, Th. B., Undersógelser over forskellige Fódemidlers Indflydelse paa Blodsukkeret hos normale, Diabetikere og gravide. (Untersuchungen über die Einwirkung von verschiedenen Nahrungsmitteln auf den Blutzucker bei Normalen, Diabetikern und Graviden.) Hosp. Kopenhagen. p. 1551—1562 u. 1583—1598. (Bei einigen Graviden trifft man Glykosurie trotz normalen oder subnormalen Blutzuckergehalts. Wenn sie Kohlenhydrate einnahmen, zeigten sie trotz einer sehr geringen Blutzuckersteigerung eine bedeutende Glykosurie.) (O. Horn.)
42. Jacobson, M. und K., Betrachtungen zur künstlichen Befruchtung. Ärztl. Sachverständigenzeitung. Bd. 19. p. 58. cf. Gerichtsärztl. Geburtsh.
43. Jörgensen, M., Zellenstudien 1. Morphologische Beiträge zum Problem des Eiwachstums. Arch. f. Zellforschung. Bd. 10. p. 1.
44. Kannegiesser, Hat die Blutsverwandtschaft der Eheleute einen schädigenden Einfluss auf die Gesundheit der Nachkommen? Münchn. med. Wochenschr. Nr. 14.

p. 762. (Kannegiesser schliesst aus der Statistik geisteskranker, mit Augenfehlern behafteter und taubstummer Nachkommen, dass die Ehe unter Blutsverwandten einen Erblichkeitsfaktor verstärkt und einen latenten Erblichkeitsfaktor zu aktivieren geeignet ist.)
45. Keller, Fritz, Blutzuckerbestimmungen in der Schwangerschaft nach Zufuhr von Lävulose. Inaug.-Diss. Heidelberg. Sept. 1913.
46. Kollmann, M., Les idées nouvelles sur le déterminisme du sexe. Rev. anthr. Tome 23. p. 269. (Kritik der Theorien Robinsons, nach denen die Entstehung weiblicher Früchte durch eine Insuffizienz der Nebenniere begünstigt und die Entstehung männlicher durch Verfütterung von Nebennierenpräparaten bewirkt werden soll.)
47. Kolossow, Das Schlucken der intrauterinen Frucht. Wratsch. Gaz. Nr. 31. Sitzungsber. d. geb.-gyn. Ges. zu Moskau. (Das Fruchtwasser kann in den Nasen-Rachenraum und weiter in die Speiseröhre ohne Aspirationsbewegungen der Frucht, wie passiv gelangen, weil Eihöhle und Nasenrachenraum zwei kommunizierende Gefässe mit verschiedenen Druckverhältnissen darstellen. Letztere werden noch differenter bei den peristaltischen Uteruskontraktionen. Es ist möglich, dass die Anwesenheit von Fruchtwasser im Nasenrachenraum zur Stabilität des Kindskopfes beiträgt und somit die Entstehung der Kopflagen begünstigt.) (H. Jentter.)
48. Kretschmann, Hugo, Über den intrauterinen Übergang von Antikörpern auf die Frucht. Inaug.-Diss. Halle. (Antikörper gehen von der Mutter intrauterin auf das Kind über. Es ist dies ein physiologischer Vorgang, der zurzeit nur durch eine mit dem Leben der Zelle unlöslich verknüpfte Tätigkeit des Protoplasmas der Zottenepithelien erklärt werden kann.)
49. *Landsberg, E., Die Bedeutung der innersekretorischen Drüsen für den Stoffwechsel in der Schwangerschaft. Verhandl. d. deutsch. Ges. f. Gyn. Bd. 15. 2. p. 154.
50. Lévy, Magnan et Selet, Recherches sur la croissance foetale. Rev. prat. d'obst et de paed. p. 210. (Bericht über die Gewichte und Längenmasse von 1400 Früchten.)
51. *Lindemann, W., Untersuchungen zur Lipoidchemie des Blutes bei Schwangerschaft, Amenorrhoe und Eklampsie. (Zugleich ein Beitrag zur Verdauungslipämie und zur Theorie der Schwangerschaftslipämie.) Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 74. p. 819.
52. *Linzenmeyer, G., Der Kalkgehalt des Blutes in der Schwangerschaft. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 26. p. 958.
53. Lorier, V., Les réactions intersexuelles du sang chez le cheval. Arch. mens. d'obst. et de gyn. Nr. 4. p. 334. (Versuche über die Artverschiedenheit des männlichen und weiblichen Blutes beim Pferd.)
54. Lynch, F., W., Plood pressure during pregnancy. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 17. p. 472.
55. Markoe, J. W., und Wing, L. W., The thyroid in pregnancy. A report on additional series of cases. Bull. of the lying in hosp. of the city of New York. (Statistik.)
56. *Morley, The calcium content of the blood during pregnancy, labor and puerperium. Surg. Gyn. and Obst. Vol. 17. Nr. 3. p. 304.
57. *Mosbacher, Schilddrüse und Konzeption. Sitzungsber. d. ärztl. Vereins Frankfurt a. M. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 22. p. 1229.
58. — E., Klinisch experimentelle Beiträge zur Frage Thyreoidea und Schwangerschaft. Verhandl. d. deutsch. Ges. f. Gyn. Bd. 15. 2. p. 189.
59. *Murlin, J. R., Some observations on the protein metabolism of normal pregnancy and the normal puerperium. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 16. p. 43.
60. — R., and H. Bailey, Further observations on the protein metabolisme of normal pregnancy. Arch. of int. med. Vol. 12. p. 288.
61. *Neu, M., und F. Keller, Zur Funktion der Leber in der Gravidität. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. p. 383.
62. Neugebauer, Fr. v., Beitrag zur Frage der ungewöhnlichen Fruchtbarkeit des Weibes. Med. i Kronika Lekarska. Nr. 35. Dieselbe Arbeit deutsch veröffentlicht im Zentralbl. f. Gyn. Nr. 29. (In der 23. Schwangerschaft entfernte v. Neugebauer durch Laparotomie das Konzeptionsprodukt dieser Schwangerschaft, eine im achten Monate abgestorbene extrauterine Frucht. Genesung der Frau.) (v. Neugebauer.)
63. Novak, Porges und Strisower, Über eine besondere Form von Glykosurie in der Gravidität und ihre Beziehungen zum echten Diabetes. Verhandl. d. deutsch. Ges. f. Gyn. Bd. 15. 2. p. 238. Cf. Jahresber. 1912.

64. Nicloux, M., Mécanisme du passage de l'oxyde de carbone de la mère au fétus et de la respiration placentaire et tissulaire. Arch. mens. d'obst. et de gyn. Tome 2. p. 42.
65. *Nubiola, Elektrokardiographische Untersuchungen während der Schwangerschaft. Internat. med. Kongr. London. Ref.
66. *Opitz, E., Über Leberveränderungen in der Schwangerschaft. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 73. p. 351.
67. Outerbridge, G. W., Decidual Reaction in the appendix in intrauterin pregnancy. The Journ. of the Amer. Med. Ass. Vol. 61. p. 1702.
68. Paramore, R. H., The intraabdominal pressure in pregnancy. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Empire. Vol. 24. 2. p. 76.
69. — The intraabdominal pressure in pregnancy. The Amer. Journ. Vol. 24. p. 149. Fortsetzung.
70. — The intraabdominal pressure in pregnancy. Lancet. p. 1725.
71. Petrow, Über den Einfluss der Nahrung der Eltern auf das Geschlecht der Kinder. Nachrichten d. kaiserl. Nikolai-Universität Bd. 4. (Petrow lehnt die Schenksche Theorie ab.) (H. Jentter.)
72. Plate, L., Vererbungslehre mit besonderer Berücksichtigung des Menschen. Bd. II der Handbücher der Abstammungslehre. Engelmann, Leipzig.
73. Puech et Vanverts, Du rôle du corps jaune dans la nidation et le développement de l'oeuf chez la femme. Rev. mens. de gyn. et de paed. Nr. 4. p. 236. (Zusammenstellung und kritische Besprechung der Fälle von Ovariotomie in der Schwangerschaft aus der Literatur.)
74. *Rubner, C., Das Elektrokardiogramm der Schwangeren. Zentralbl. f. Gyn. p. 449.
75. Sakaki, C., Die Phosphorverteilung in der Plazenta. Biochem. Zeitschr. Bd. 54. p. 5. (Sakaki findet in 100 Gramm Trockensubstanz durchschnittlich einen Gesamtphosphor von 2,142% P_2O_5 und einen Lipoidphosphorgehalt von 0,6001% P_2O_5 resp. 6,825% Distearyllezithin.)
76. — Über einige Phosphatide aus der menschlichen Plazenta. Biochem. Zeitschr. Bd. 49. p. 317.
77. *Schlimpert, H., Experimentelle Untersuchungen zur Physiologie der Hypophyse. Verhandl. d. deutsch. Ges. f. Gyn. Bd. 15. p. 258.
78. *Schmauch, Die Schilddrüse der Frau und ihr Einfluss auf Menstruation und Schwangerschaft. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Heft 6. p. 662.
79. Schöner, O., Zur Frage der Vorausbestimmung des Geschlechts beim Menschen. Hegars Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. 18. p. 290. (Polemik gegen Weinberg.)
80. Seitz, L., Ein Vorwort zu meinem Referat: Über Störungen der inneren Sekretion in ihren Beziehungen zu Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. p. 417.
81. — Innere Sekretion und Schwangerschaft. Leipzig, Barth. M. 7.—.
82. Sellheim, Die Beziehungen der Fortpflanzungsfunktion zum Herzen des Weibes. Verhandl. d. deutsch. Ges. f. Gyn. Bd. 15. 2. p. 132.
83. Spalding, A., The value of abdominal measurements in pregnancy, a statistical study. Journ. of the Amer. Med. Ass. Nr. 10. p. 764.
84. *Thierri, H., Untersuchungen über die elektrische Erregbarkeit bei Schwangeren. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 73. p. 773.
85. *Thompson, W. M., Der Einfluss der Glandula thyreoidea auf die Schwangerschaft und Laktation. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 17. Nr. 2.
86. *Wagner, G. A., Beiträge zur Herkunft des Fruchtwassers mit pathologisch-anatomischen, experimentellen und klinischen Untersuchungen über die Funktion der fötalen Niere. Leipzig u. Wien, Deuticke. M. 5.—.
87. Waldstein, E., und Ekler, Der Nachweis resorbierten Spermas im weiblichen Organismus. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 42. p. 1689. (Weibliche Kaninchen bauten post coitum Hodensubstanz im Abderhaldenschen Versuch ab.)
88. Wehner, Charlotte, Über die Dauer der Gestationsperiode in Thüringen und den Zusammenhang von Laktationsatrophie des Uterus und Menstruation. Inaug.-Diss. Jena.
89. Weinberg, Zur Frage der Vorausbestimmung des Geschlechts beim Menschen. Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. 18. p. 147. (Polemik gegen Schönerer.)

90. *Werlius, A., Do the Parathyroids functionate in intrauterine Life. Surg., Gyn. and Obst. Febr.
91. Wolff, B., Biologische Beziehungen zwischen Mutter und Kind während der Schwangerschaft. Studien zur Pathologie der Entwickelung. Bd. 1. p. 50.
92. — B., Über fötale Hormone. Habilitationschrift. Rostock, Jena, Gustav Fischer.
93. — Über die Herkunft des Amnioswassers. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 31. p. 1437. (Zusammenfassende Abhandlung.)
94. Wymer, T., Die willkürliche Geschlechtsbestimmung beim Menschen. Die Theorie des Hypokrates auf Grund von Versuchen an Tieren nachgeprüft. München, Lehmann. M. 1.20.
95. Zangemeister, Junges menschliches Ei. Verhandl. d. deutsch. Ges. f. Gyn. Bd. 15. 2. p. 208.
96. *Zubrzycki, v., Die Meiostagminreaktion in der Geburtshilfe. Gyn. Rundschau. Nr. 23. p. 847.

Aschner (4) hat an Meerschweinchen, Kaninchen, Hunden und Katzen vergleichende Untersuchungen über das Verhalten der Zirbeldrüse während der Schwangerschaft angestellt. Er sah bei virginellen, schwangeren und kastrierten Tieren makroskopisch Gestaltsveränderungen des Organs. Histologisch fand er bei schwangeren Tieren eine geringe Vermehrung der im Zwischengewebe liegenden fetthaltigen Vakuolen. Charakteristische Schwangerschaftselemente liessen sich nicht nachweisen.

Bauereisen (6) berichtet über Versuche mit vitaler Färbung bei graviden Meerschweinchen. Er fand dabei bei einzelnen Tieren diffuse Färbung der Leberzellen und pathologische Färbungen in der Niere. In einzelnen Zellen der Tubuli contorti waren die Kerne diffus rot, einzelne Glomeruli enthielten Karminkörner. Da gleiche Erscheinungen in den Organen nichtgravider Tiere nie zu finden waren, ist Bauereisen geneigt, die durch die vitale Färbung zum Ausdruck kommende Funktionsstörung als eine durch die Schwangerschaft hervorgerufene Schädigung aufzufassen.

Buglia (13) prüfte die Permeabilität der Plazenta für Eiweissspaltungsprodukte. Er brachte Hündinnen künstliche Eiweissspaltprodukte (gewonnen durch tryptische Verdauung von Wittepepton) in die Blutbahn und fand sie dann im fötalen Blut wieder.

Carlson (14) hat bei Hunden und Katzen in dem Endstadium der Schwangerschaft die Thyreoidea und Parathyreoidea entfernt. Bei den graviden Hunden schien danach die Tetanie schneller aufzutreten als bei nichtgraviden Tieren.

Engelhorn (17) untersuchte nach Weichards Methode die Beschaffenheit des Blutkatalysators in der Schwangerschaft und fand die Titrationszahl bei Schwangeren grösser als bei Nichtschwangeren. Der Organismus der Graviden scheint danach gewöhnlich mit einer Steigerung der Katalysatorentätigkeit des Hämoglobins zu reagieren.

Der von Fabre (19) konstruierte Hysterograph wirkt durch eine auf die vordere Bauchwand und dadurch auf den Uterus drückende Pelotte, deren Bewegungen mittelst einer Mareyschen Trommel auf einem Kymographion registriert werden. Während der Schwangerschaft zeigt das Instrument wehenartige Kontraktionen an, die langsam ansteigen und steil wieder abfallen. Sie sind besonders ausgesprochen zur Zeit der fälligen Menstruationstermine.

Fetzer (23) bringt sehr interessante Versuche über den Eisenstoffwechsel. Bei ausgiebiger Ferratinfütterung der Muttertiere konnte bei Mutter und Fötus eine deutliche Eisenanreicherung nachgewiesen werden. Umgekehrt war der Eisengehalt der Föten verringert, wenn das Muttertier unter Eisenkarenz gehalten wurde. Bei den unter Eisenkarenz gehaltenen Tieren werden zur Erhaltung des Fötus die mütterlichen Eisenvorräte zunächst angegriffen, die Abgabe von der Mutter wird jedoch mit zunehmender Beanspruchung immer

geringer und geht nur bis zu einer gewissen Grenze. Die Föten gehen bei weiter gehender Karenz schliesslich intrauterin zugrunde.

Gammeltoft (28a) berichtet über Stoffwechselversuche an Ratten, Kaninchen, Hunden und Ziegen. Sie ergeben, dass die Schwangerschaft zwar eine Stickstoffablagerung bedingt, dass diese aber kleiner ist als der Verlust, den der mütterliche Organismus durch den Aufbau der Frucht erleidet. Die Schwangerschaft endet demnach meist mit einem Stickstoffverlust. Die Diurese ist in der Schwangerschaft gesteigert. Das Verhältnis der ausgeschiedenen Harnstoffmenge zum Gesamtstickstoff liegt in physiologischen Grenzen. Die Ausscheidung von Ammoniak, Aminosäuren, Polypeptiden und Kreatinin ist gesteigert. Die Hippursäuremenge ist herabgesetzt. Trotz dieser Veränderung in der Ausscheidung der stickstoffhaltigen Abbauprodukte möchte Verf. bei der normalen Gravidität keine erheblichen degenerativen Leberveränderungen annehmen.

Gräfenberg (31) berichtet über zwei Fälle von spontaner Lävulosurie. Es handelte sich um zwei Schwestern, die immer nur in der Gravidität Lävulosurie zeigten. Trotz der Ausscheidung sehr grosser Lävulosemengen war ein Ansteigen des Blutzuckers nie nachzuweisen. Verf. ist geneigt, diesen Befund im Sinne eines renalen Diabetes zu deuten.

v. Graff (32) prüfte an sehr grossem Material das Verhalten der Schilddrüse in der Schwangerschaft. Er fand eine Vergrösserung meist schon vor der Schwangerschaft vorhanden (40% gegen 49% in der Gravidität), die dann allerdings während dieser zuzunehmen pflegt. Spontane und alimentäre Glykosurie fand er bei vorhandener Struma häufiger als bei fehlender, umgekehrt dagegen Albuminurie häufiger bei Frauen ohne Strumavergrösserung.

Heynemann (35) fand im Röntgenbild bei 42 Schwangeren das Zwerchfell gegen Ende der Schwangerschaft deutlich um 1—4 cm emporgedrängt. Das Herz war dadurch schräger gestellt und am Übergang in die grossen Gefässe gewissermassen abgeknickt. Verf. möchte aus diesem Befund auf eine vermehrte Arbeit des Herzens während der Schwangerschaft schliessen und auch die akzidentiellen Schwangerschaftsgeräusche damit in Zusammenhang bringen.

In Übereinstimmung mit Kehrer findet Linzenmeier (52) den Kalkgehalt des Blutes in der Schwangerschaft nicht vermindert, sondern erhöht. Er hat dies auch bei Gänsen bestätigt gefunden, die einen höheren Kalkgehalt aufwiesen, nachdem sie zu legen begonnen hatten. Er empfiehlt eine kalkhaltige Diät während der Schwangerschaft, besonders auch um der so häufigen Zahnkaries vorzubeugen. Der Arbeit ist eine Tabelle über den Kalkgehalt der gebräuchlichen Nahrungsmittel beigefügt.

Morley (56) dagegen fand nach der Bellschen Methode den Kalkgehalt in Schwangerschaft, Puerperium und Wochenbett herabgesetzt.

Mosbacher (57) zeigt in grösseren Versuchsreihen, dass schwangere Tiere auf Schilddrüsenfütterung mit Abort reagieren. Am überlebenden Kaninchenuterus konnte er durch Thyreoglandol Kontraktionen auslösen und diese Wirkung durch vorherige Reizung mit Adrenalin verstärken. Umgekehrt werden an sich unwirksame Adrenalindosen durch ebenfalls unterschwellige Thyreoglandoldosen aktiviert. Thyreoglandol und eine Kombination von Thyreoglandol mit Adrenalin wirken wehenverstärkend.

Murlins (59) Stoffwechseluntersuchungen ergaben in drei Fällen von normaler Schwangerschaft, dass Stickstoff und Schwefelverbindungen im Urin vor und nach der Entbindung in gleichen Mengen vorhanden waren. Am sechsten und siebenten Tag des Wochenbettes zeigte die Stickstoffbilanz einen stark positiven Ausschlag. Der Ammoniumnitratgehalt ist vor der Geburt etwas höher als nach ihr. Stickstoff und Schwefel werden während der Schwangerschaft retiniert und zum Aufbau des Embryo verwandt.

Neu und Keller (61) berichten über Blutzuckerbestimmungen, die nach der Tachau-Knappschen Methode ausgeführt wurden. Sie ergaben, dass während der Schwangerschaft eine gewisse Labilität für die Lävuloseassimilation zu bestehen scheint, wobei es die Verff. dahingestellt sein lassen wollen, wie weit dabei die Funktion der Leber oder die anderer Drüsen in Betracht kommt.

Landsberg (49) hat trächtigen Hündinnen die Ovarien und die Thyreoidea exstirpiert und vorher und nachher den Hungerstoffwechsel geprüft. Es zeigte sich, dass nach Ovarialexstirpation im Gegensatz zur Norm in der Schwangerschaft eine allerdings geringe Beschleunigung des Eiweissstoffwechsels eintrat. Nach Injektion von Extrakten aus Corpora lutea vera ist eine Verringerung der Stickstoffausscheidung zu beobachten. Nach Exstirpation der Thyreoidea in der Schwangerschaft findet eine geringere Herabsetzung der Stickstoffausscheidung statt als ausserhalb der Schwangerschaft. Die Hyperplasie dieses Organs in der Gravidität scheint also nicht einer Hyperfunktion bezüglich des Stoffwechsels gleichzusetzen zu sein, wofür auch die praktische Erfahrung der Stoffwechselverlangsamung nach Ovarialausschaltung spricht. Einige Zeit nach der Ovarialexstirpation wurde bei fortbestehender Gravidität auch in zwei Fällen die Thyreoidea entfernt. Es zeigte sich eine auffallende Kleinheit der Thyreoidea nach vorangegangener Ovarialexstirpation im Vergleich zur normalen Schwangerschaftsschilddrüse. Auch das mikroskopische Bild zeigte deutliche Unterschiede. Der Stoffwechsel war etwas stärker herabgesetzt als bei reinen Thyreopriven.

Lindemann (51) bestätigt auf Grund einer verbesserten Methode, dass im Blut der Schwangeren ausser den Neutralfetten auch das Cholesterin bzw. seine Fettsäureester vermehrt sind. Lindemann möchte diese Lipoidämie der Schwangeren als Folge eines fötalen Reizes und als eine Nahrungsquelle für den Fötus angesehen wissen.

Opitz (66) konnte bei histologischen Versuchen an Kaninchen, Meerschweinchen und Ratten regelmässige Veränderungen im Sinne der Hofbauerschen Schwangerschaftsleber nicht nachweisen. Er schliesst daraus, dass das Vorkommen von Leberveränderungen in der Gravidität nicht als Regel angenommen werden kann, hält es aber wohl für möglich, dass bei Graviden mit verminderter Anpassungsfähigkeit der Leber an die in der Gravidität zweifellos gesteigerten Ansprüche ein der sog. Schwangerschaftsleber ähnlicher Krankheitszustand sich einstelle.

Rubner (74) hat bei fünf Schwangeren vom 2.—10. Monat in 2—4 wöchentlichen Abständen elektrokardiographische Aufnahmen gemacht und dabei Veränderungen gefunden, die im wesentlichen in einem allmählichen Ansteigen der I-Zacke und einem Grösserwerden des Ventrikelkoeffizienten bestehen. Die Veränderungen der I-Zacke sind vielleicht auf die allmählich in der Schwangerschaft eintretende Querlagerung des Herzens zu beziehen.

Nubiola (65) dagegen will aus dem Elektrokardiogramm ersehen, dass die Hyperfunktion während der Schwangerschaft sich auf das ganze Herz erstrecke, während die relative Funktion der einzelnen Herzabschnitte normal sei. Die Anwendung einer vaginalen Elektrode ermögliche auch, ein Elektrokardiogramm des Fötus aufzunehmen.

Schlimpert (77) bringt Untersuchungen zur Physiologie der Hypophyse: 1. Untersuchungen, ob eine Vermehrung des Hypophysins in der schwangeren Hypophyse stattfindet. Vorder- und Hinterlappen wurden getrennt untersucht, die Organe zur Trockne eingeengt, die Wirksamkeit wässeriger Extrakte quantitativ mit der Prüfung auf vasokonstriktorische Substanzen am überlebenden Kaninchenohr geprüft. Weder im Vorder- noch im Hinterlappen findet in den einzelnen Monaten der Schwangerschaft eine Vermehrung des Hypophysins statt. 2. Der Gehalt an Hypophysin ist bei den Hypophysen

Schwangerer und Nichtschwangerer ausschliesslich auf den Hinterlappen beschränkt. Extrakte anderer Hirnteile zeigen keinen nachweisbaren Hypophysingehalt. 3. Der Gehalt an Hypophysin lässt sich schon in den Hypophysen von Rinderembryonen in der 10. Woche konstant nachweisen. Beim menschlichen Fötus gelingt dies vom 6. Monat an. Es tritt also diese biologisch wichtige Substanz schon sehr früh in der Ontogenese auf.

Schmauch (78) betont an Hand klinischer Erfahrungen die Wichtigkeit der Drüsen mit innerer Sekretion, insbesondere der Schilddrüse, für einen normalen Verlauf der Schwangerschaft. Nach ihm ist eine normale Schwangerschaft mit gesundem Endprodukt nur möglich, wenn die Schilddrüse stärker sezerniert. Die Zeit der Schwangerschaft ist eine Phase hyperthyreoidenne. Die Übersekretion dient nicht der Entgiftung, sondern nur dem Zweck, das mütterliche Blut und auch alle Gewebe anzureichern. Sie erst ermöglicht es der Frau, aus der Nahrung mehr Erdsalze aufzunehmen. Aus diesem Überschuss lebt und wächst der Fötus.

Thompson (85) nimmt an, dass die Thyreoidea phylogenetisch von einem Drüsenorgan abstamme, das zu den Genitalorganen in naher Beziehung steht. Störungen der Thyreoideafunktion beeinflussen die sexuelle Tätigkeit, insbesondere die Schwangerschaft und die Laktation ungünstig. Umgekehrt veranlasst eine sexuelle Hyperaktivität, wie sie die Schwangerschaft darstellt, eine Hypersekretion der Schilddrüse. Verf. ist geneigt, in der Hypersekretion der Schilddrüse während der Gravidität einen Schutz gegen toxische Einflüsse zu sehen.

Werlius (90) entfernte bei schwangeren Hündinnen die Thyreoidea und Parathyreoidea und sah die Tiere früher sterben, wie Nichtgravide unter den gleichen Versuchsbedingungen. Er folgert daraus, dass die fötale Parathyreoidea nicht funktioniert.

Hedwig Thierri (84) prüfte die elektrische Erregbarkeit bei Schwangeren durch Reizung des Nervus medianus des rechten Arms. Unter 70 Frauen fand sie in 80% eine Übererregbarkeit im 9. und 10. Monat, die in 11% der Fälle die bei der Tetanie gefundenen Werte erreichte und im allgemeinen gegen Ende der Schwangerschaft zunahm. Unter der Geburt trat regelmässig eine Steigerung der Erregbarkeit ein, auch bei den Frauen, die sich in der Schwangerschaft normal verhalten hatten. Abklingen der Erscheinung im Wochenbett.

Wagner (86) prüft in einer ausführlichen Monographie die Frage der Beteiligung des fötalen Harnes an der Fruchtwasserbildung. Er kommt im ersten Teil des Buches auf Grund ausgedehnter anatomischer Untersuchungen, insbesondere der hierher gehörigen Missbildungen, zu dem Schluss, dass normalerweise die fötale Niere nicht funktioniert. Im zweiten Teil des Buches berichtet Wagner über Versuche, die er an Kaninchen anstellte mit einseitiger Nephrektomie und Resektion der anderen Niere bis zu einem Drittel des Organs. Er sah bei dieser Versuchsanordnung eine Vermehrung des Fruchtwassers erst eintreten, wenn soviel Nierensubstanz entfernt worden war, dass das Tier urämische Erscheinungen zeigte, sich also verhielt wie ein gänzlich nephrektomiertes Tier. Wagner schliesst daraus, dass es erst tiefgreifender Störungen im Organismus des Muttertieres bedarf, um die fötale Nierensekretion in Gang zu bringen. Der dritte Teil des Buches bringt Untersuchungen des fötalen Harnes, am Schluss ist ein ausführliches Literaturverzeichnis angefügt.

Zubrzycki (96) untersuchte die Oberflächenspannung im Schwangerenserum gegen Tumorantigen mittelst der Meiostagminreaktion. Schwangerenseren weisen in den späteren Graviditätsmonaten eine Erniedrigung der Oberflächenspannung auf. Es kann also die Meiostagminreaktion ähnlich wie andere Tumorreaktionen in der Schwangerschaft positive Resultate ergeben.

b) Diagnostik und Diätetik.

1. Allgemeines.

1. Aubourg, P., Radiographie du foetus in utero. Bull. et mém. de la soc. de rad. méd. de Paris. Tome 5. p. 191.
2. Baughmann, The care of the woman during the 39 weeks of gestation. Intern. clin. Vol. 23. p. 158.
3. Bubarew, Ist die Reaktion mit Methylenblau (Russosche Reaktion) für die Schwangerschaftsdiagnostik verwertbar? Wratsch. Gaz. Nr. 39. (In 140 Fällen von Schwangerschaft fiel die Reaktion nur in 73 positiv aus, bei diversen Erkrankungen der Genitalsphäre wurde die Reaktion bald positiv, bald negativ befunden. Die Reaktion kann also keineswegs als diagnostisches Hilfsmittel dienen.) (H. Jentter.)
4. Desprechins, La puériculture avant la naissance. Revue belge de puériculture. Nr. 8. p. 153.
5. Henkel, Demonstration des Röntgenbildes einer Drillingsschwangerschaft. Sitzungsber. d. med. Ges. zu Jena. Ref. Münchn. med. Wochenschr. S. 326.
6. Heynemann, Th., Die diagnostische Verwertung der Röntgenstrahlen in der Geburtshilfe. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 73. p. 92.
7. *Kawasoye, M., Über die Einwirkung der Röntgenstrahlen auf die Eihäute. Zentralbl. f. Gyn. p. 488.
8. Keiffer, De la sensibilité du foetus aux émotions maternelles. Annal. et bull. de la soc. royal des sciences nat. et méd. de Bruxelles. Nr. 6. p. 169.
9. Krüger, Warzenpflege in der Schwangerschaft. Sitzungsber. d. gyn. Ges. zu Breslau. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. p. 867. (Krüger rät von einer sog. vorbereitenden Warzenpflege entschieden ab.)
10. Ladinsky, Louis J., Die elastische Zone im Isthmus uteri als positives und frühes Zeichen uteriner Schwangerschaft. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of woman of children. Aug.
11. — The elastic area in the isthmus of the uterus a positive and early singne of uterine pregnancy. Amer. Journ. of Obst. Vol. 68. p. 210. (Sieht ein sicheres Zeichen intrauteriner Schwangerschaft in dem Nachweis eines in der vorderen, oder bei Retroflexio hinteren Korpuswand an der Grenze von Korpus und Zervix bei bimanueller Untersuchung fühlbaren runden und elastisch fluktuierenden Bezirkes, dessen Ausdehnung, von der einen Fingerspitze beginnend mit der Schwangerschaft wächst und ausser in der Gravidität nur bei Auftreten zystischer Tumoren in der Uteruswand sich findet.)
12. Land, Röntgenstrahlen in der Geburtshilfe. Minsker Ärztliche Nachrichten. März. (H. Jentter.)
13. Neumann, J., Über Ernährungsprinzipien während der Schwangerschaft. Wiener med. Wochenschr. Nr. 39. p. 2510.
14. Peters, Zur Publikation Schottländers „Über Bestimmung der Schwangerschaftsdauer auf Grund histologischer Plazentarbefunde und über etwaige praktische Verwertbarkeit dieser Befunde. Zentralbl. f. Gyn. p. 373. (cf. Gerichtsärztl. Geburtshilfe.)
15. — Nochmals zu Schottländer, Über Bestimmung der Schwangerschaft auf Grund histologischer Plazentarbefunde und über etwaige praktische Verwertbarkeit dieser Befunde. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 29. p. 1065.
16. Pierra, L., Quel doit être le régime de la femme enceinte? Journ. des sages femmes. Tome 41. p. 289.
17. Potocki, Delherms et Laquerrière, Note sur la radiographie en série du foetus in utero. Journ. de radiologie. Tome 7. p. 23. (Mit den modernen Instrumentarien gelingt es in zwei bis drei Sekunden bei 30 bis 40 M.A. in den beiden letzten Monaten deutliche Radiogramme des Fötus in utero zu erhalten.)
18. Potocki, Delherms et Laquerrière, La radiographie du fétus in utero. Sitzungsber. der Soc. de méd. de Paris. Ref. La Presse méd. Nr. 33. p. 335. (Den Verff. ist es gelungen, schon von $4^1/_2$ Monaten an deutliche Röntgenbilder des Fetus in utero zu erhalten.)
19. Rudaux, Diététique obstétricale. Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris. Tome 88. p. 214.

20. Schottländer, Die Bestimmung der Schwangerschaftsdauer auf Grund histologischer Plazentarbefunde und über etwaige praktische Verwertbarkeit dieser Befunde. Zentralbl. f. Gyn. p. 193. Cf. Kapitel Gerichtsärztliche Geburtshilfe.
21. — Nochmals: Die Bestimmung der Schwangerschaftsdauer auf Grund histologischer Plazentarbefunde und über etwaige praktische Verwertbarkeit dieser Befunde, eine Antwort auf den gleichnamigen Artikel von Peters. Zentralbl. f. Gyn. p. 806. Cf. Gerichtsärztl. Geburtshilfe.
22. Tausig, F. J., Factors in the formation of skin striations during pregnancy. Surg. gyn. and Obst. Vol. 17. Nr. 3. p. 235. (Tausig empfiehlt täglich nach einem warmen Sitzbad die Haut 15 Minuten lang mit Glyzerin zu massieren.)

Kawasoye (7) untersuchte an Meerschweinchen, ob eine ein- oder zweimalige Betrahlung mit Röntgenstrahlen, wie sie bei der schwangeren Frau zu diagnostischen Zwecken unter Umständen in Betracht kommt, zu Schädigungen des Schwangerschaftsproduktes führen kann. Anatomisch war eine solche Schädigung nicht nachweisbar, es trat jedoch bei drei unter sieben Tieren Abort ein, den Kawasoye um so mehr als Strahlenwirkung ansprechen möchte, als er bei den Früchten auch Nekrosen in Milz und Leber nachweisen konnte.

2. Serologische Schwangerschaftsdiagnostik.

1. *Abderhalden, E., Die Diagnose der Schwangerschaft mittelst der optischen Methode und des Dialysierverfahrens. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. p. 24.
2. — Bemerkungen zu dem Aufsatz von Evler: Beiträge zur Abderhaldenschen Serodiagnostik. Med. Klinik. Nr. 29. p. 1171.
3. *— Die Diagnose der Schwangerschaft mittelst der optischen Methode und des Dialysierverfahrens. Gyn. Rundschau. p. 467.
4. *— Weiterer Beitrag zur Frage nach dem Einfluss des Blutgehaltes der Substrate auf das Ergebnis der Prüfung auf spezifisch eingestellte Abwehrfermente mittelst des Dialysierverfahrens. Münchn. med. Wochenschr. 50. p. 2774.
5. *— und Fodor, Über Abwehrfermente im Blutserum Schwangerer und Wöchnerinnen, die auf Milchzucker eingestellt sind. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 34. p. 1880. (Bei 12 Graviden in den verschiedensten Monaten waren keine Abwehrfermente gegen Milchzucker nachweisbar. Nur in einem Fall, im 10. Monat, wurde Milchzucker abgebaut. Von 10 Wöchnerinnen baute nur eine Laktose ab.)
6. — und Schiff, Weiterer Beitrag zur Kenntnis der Spezifität der Abwehrfermente. Das Verhalten des Blutserums schwangerer Kaninchen gegenüber verschiedenen Organen. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 35. p. 1923.
8. — Erwiderung an R. Freund. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 14. p. 763. (Polemik.)
9. — Die Diagnose der Schwangerschaft mittelst des Dialysierverfahrens und der optischen Methode. Verhandl. d. deutsch. Ges. f. Gyn. Bd. 15. 2. p. 269.
10. — Gedanken über den spezifischen Bau der Zellen und ein neues biologisches Gesetz. Münchn. med. Wochenschr. S. 2358.
11. — Bemerkung zur Geschichte der Serodiagnostik von R. Freund. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 13. p. 701.
12. *Aschner, B., Untersuchungen über die Serumfermentreaktion nach Abderhalden. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 27. p. 1243.
13. Bernhardt, Serodiagnostik der Schwangerschaft nach Abderhalden. Wratsch. Gaz. Nr. 16. Sitzungsber. der bakt. Sektion der Ges. f. Naturwissenschaft, Anthropologie und Ethnographie. (Genaue Auslegung der Technik. Sichere Resultate bei der Diagnose beginnender Schwangerschaft.) (H. Jentter.)
14. Blumenthal, Die wissenschaftliche Grundlage der Serodiagnose nach Abderhalden. Wratsch. Gaz. Nr. 18. Sitzungsber. der therap. Ges. zu Moskau. (H. Jentter.)
15. Bundschuh und Römer, Über das Abderhaldensche Dialysierverfahren in der Psychiatrie. Deutsche med. Wochenschr. p. 2029.
16. Burger, Die Schutzfermente Abderhaldens bei diversen pathologischen Zuständen und bei Schwangerschaft. Charkowsky Med. Journ. (Sammelreferat.) (H. Jentter.)
17. Cohrs, E., Le sérodiagnostic de la grossesse. Scalpel et Liège méd. Tome 66. p. 53.
18. *Mc Cord, Carey und Pratt, The employement of protective Enzymes of the blood as a means of extracorporeal diagnosis. 1. The sero-diagnosis of pregnancy. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 16. p. 418.

19. Decio, C., Untersuchungen über die Anwendung der Abderhaldenschen Reaktion auf dem Gebiete der Geburtshilfe. Gyn. Rundschau. Bd. 7. p. 634.
20. Detre, L., und K. Grosch, Az Abderhalden-féle úgynevezett terhességi reactioról. Orvosegyesületi Ertesito. Nr. 18. (Nach einer genauen Schilderung und Erklärung des Dialysationsverfahrens von Abderhalden berichten Detre und Grosch über ihre eigenen Versuche. Es wurden dabei von 14 sicher Nichtschwangeren zweimal, von 19 Schwangeren dreimal Fehlschlüsse gemacht. Durch Verbesserung der Methode ist das Verschwinden solcher Fehler zu hoffen. (Temesváry.)
21. Ebeler, Serodiagnostik in der Schwangerschaft. Verhandl. d. deutsch. Ges. f. Gyn. Bd. 15. 2. p. 332.
22. *— und Löhnberg, Zur serologischen Schwangerschaftsreaktion nach Abderhalden. Berl. klin. Wochenschr. p. 1898.
23. — — Zur serologischen Schwangerschaftsreaktion nach Abderhalden. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 41. p. 1898.
24. Ecalle, G., De l'examen du sérum de la femme enceinte et du sérum de la femme non enceinte par la méthode de dialyse d'Abderhalden. Valeur de cet examen au point de vue du diagnostic de la grossesse. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Nr. 7. p. 622.
25. Engelhard, Die serologische Diagnose der Schwangerschaft. Ned. Tijdschr. v. Verl. en Gyn. XXII. 3. (E. gibt eine Übersicht über die Reaktion Abderhaldens und über die von ihm untersuchten Fälle, bei welchen alle acht Gravidae positiv, die Nichtgravidae negativ reagierten.) (Mendes de Leon.)
26. Engelhorn, E., Zur biologischen Diagnose der Schwangerschaft. Münchn. med. Wochenschr. p. 587.
27. *— Zur biologischen Diagnose der Schwangerschaft. Sitzungsber. d. bayr. Ges. f. Geb. u. Gyn. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 20. p. 731.
28. Engelmann, Über die Serodiagnostik der Schwangerschaft nach Abderhalden. Sitzungsber. d. klin. Demonstrationsabende d. Krankenanstalten zu Dortmund. Ref. Med. Klinik. p. 476. (Bei sicheren Fällen von Schwangerschaft hat Engelmann keine Fehlresultate gehabt. Reaktion in den ersten Monaten der Gravidität stärker als in den späteren. Im Puerperium positive Reaktion bis Anfang der dritten Woche.)
29. Ekler, R., Erfahrungen mit der biologischen Diagnose der Schwangerschaft nach Abderhalden. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 18. p. 696. (Bei 37 Graviden stets positive, bei 25 Nichtgraviden stets negative Reaktion.)
30. — Erfahrungen über die Abderhaldensche Schwangerschaftsreaktion. Sitzungsber. d. k. k. Ges. der Ärzte in Wien. Ref. Wiener med. Wochenschr. Nr. 19. p. 1198. (Das Dialysierverfahren hat sich klinisch bewährt. Bei 41 Graviden war die Reaktion immer positiv, bei 25 Nichtgraviden negativ.)
31. *Eveler, Zur Abderhaldenschen Reaktion. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 35. p. 1606.
32. — Beiträge zu Abderhaldens Diagnostik. Med. Klinik. Nr. 27. p. 1086.
33. Fekete, S., und F. Gál, A terhesség serodiagnostikájá az Abderhalden féle dialysises methodussal. Orvosi Hetilap. Nr. 39—40. (Bericht über Serumuntersuchungen nach Abderhalden bei 34 Schwangeren und 59 Nichtschwangeren. Das Resultat war in 11 Fällen dem klinischen Befunde nicht entsprechend. Hinweis auf die Wichtigkeit der genauen Zubereitung des Reagenzmittels zur Vermeidung von Fehlern.) (Temesváry.)
34. Foulkrod, C., A consideration of the human organisme to the class of foreign proteids represented by the syncytial cell. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 17. p. 598.
35. *Fränkel, Curt, Ein Beitrag zur Serodiagnose der Schwangerschaft. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 49. p. 2280.
36. Freund, R., Zur Geschichte der Serodiagnostik der Schwangerschaft Münchn. med. Wochenschr. p. 700. (Freund betont, dass er auf Grund seiner serologischen Arbeiten Abderhalden die Anregung gegeben habe, die optische Methode zur Erforschung der Schwangerschaftsprobleme zu verwenden.)
37. — Über Serumfermentwirkungen bei Schwangeren und Tumorkranken. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 14. p. 763. (Polemik.)
38. *— und C. Brahm, Die Schwangerschaftsdiagnose mittelst der optischen Methode und des Dialysierverfahrens. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 13. p. 685.
39. — — Beiträge zur serologischen Blutuntersuchung. Verhandl. d. deutsch. Ges. f. Gyn. Bd. 15. 2 p. 273.

40. Freund, R., Zur Geschichte der Serodiagnostik der Schwangerschaft. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 13. p. 700. (Polemik.)
41. Fuchs, Tierexperimentelle Untersuchungen über die Organspezifität der proteolytischen Abwehrfermente (Abderhalden). Münchn. med. Wochenschr. p. 2230. (Tierversuche mit positivem Ergebnis im Sinne einer Organspezifität.)
42. Gambaroff, v., Die Diagnose der bösartigen Neubildungen und der Schwangerschaft mittelst der Abderhaldenschen Methode. Münchn. med. Wochenschr Nr. 30.
43. *Gambarow, Zur serologischen Diagnostik bösartiger Neubildungen und der Schwangerschaft nach Abderhalden. Nowoje w Med. Nr. 14. (H. Jentter.)
44. Gammeltoft, S. A., Undersógelser over de antiproteolytiske Stoffer i Blodes under Svangerskabet. (Untersuchungen über die antiproteolytischen Stoffe des Blutes während der Gravidität.) Ugeskrift for Laeger. Kopenhagen. p. 1247—1259. Gyn. Rundschau. Nr. 15. 7. Jahrg. (O. Horn.)
45. — Untersuchungen über die antiproteolytischen Stoffe des Blutes während der Gravidität. Gyn. Rundschau. Nr. 15. p. 543. (Untersuchungen mit Sörensens Formoltitrierung bestätigten die Erhöhung des antitryptischen Titers bei Schwangeren.)
46. Goljanitzky und Nasavjanz, Die Schwangerschaftsdiagnose nach Abderhalden. Wratsch. Gaz. Nr. 13. Sitzungsber. der phys.-med. Ges. z. Ssaratow. (Bericht über 58 eigene Beobachtungen.) (H. Jentter.)
47. Gorizontow, Zur Schwangerschaftsdiagnostik nach Abderhalden. Wratsch. Gaz. Nr. 24. Sitzungsber. d. I. Pirogowschen Kongresses. (Die Reaktion wurde 51 mal an 46 Frauen gemacht. Alle 13 Schwangere gaben positive Reaktion, 2 Kreissende reagierten gleichfalls positiv; in 2 Fällen von Extrauteringravidität war die Reaktion positiv, im dritten Falle erst negativ, nach 48 Stunden jedoch positiv. Im Wochenbett ist die Reaktion 12 Tage lang positiv, nach Abort bloss 5—6 Tage. Bei 21 nichtschwangeren Frauen war die Reaktion in 68% negativ, in 32% positiv. Die Abderhaldensche Reaktion kann keineswegs als diagnostisches Symptom der Schwangerschaft dienen, ebensowenig wie in der Differentialdiagnose zwischen Extrauteringravidität und Adnexerkrankungen.) (H. Jentter.)
48. Gottschalk, Zur Abderhaldenschen Schwangerschaftsreaktion. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 25.
49. — Abderhaldensche Serodiagnostik. Verhandl. d. deutsch. Ges. f. Gyn. p. 303. (Bei 33 Schwangeren ausschliesslich positive Reaktion, dagegen reagierten von 8 Nichtschwangeren 2 positiv.)
50. *Goudsmit, M. E., De biologische zwangerschapsreactie volgens Abderhalden. Diss. Amsterdam. (Mendes de Leon.)
51. *— Zur Technik des Abderhaldenschen Dialysierverfahrens. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 32.
52. — Die biologische Schwangerschaftsreaktion nach Abderhalden. Diss. Amsterdam. (Nach einer ausführlichen Übersicht über die Vorgeschichte der obengenannten Reaktion und der verschiedenen Schwangerschaftsreaktionen behandelt Verf. die Technik der Abderhaldenschen Reaktion, indem er dabei hinweist auf die große Wichtigkeit des genügenden Auskochens der Plazenta, des Besitzes guten, nicht hämolytischen Serums und gut kontrollierter Hülsen. Seine eigene Untersuchung erstreckte sich auf etwa 90 Patientinnen, und dabei ergab sich als frühestes Stadium für ein positives Auftreten der Reaktion ein Zeitraum von 5—6 Wochen nach der letzten Menstruation, obwohl in der Literatur schon Fälle von 3 Wochen bekannt sind. In 4 von 22 Fällen fand Verf. bei Gravidae eine negative Reaktion, bei 3 Nichtschwangeren ebenfalls negative, niemals positive Reaktion. Bei Eklampsie waren 3 positiv, 3 negativ, bei einer Schwangerschaft mit abgestorbener Frucht ebenfalls negativ. Auch in einem Falle von Carcinoma uteri reagierte das Serum 4 Wochen nach der Abdomin. Totalexstirpation, vorgenommen am normalen Ende einer Gravidität, noch stark positiv. Verf. kommt auf Grund seiner Untersuchungen zu der Schlußfolgerung, dass die Abderhaldensche Reaktion keine entscheidenden Resultate bei Schwangeren ergibt, und dass erst nach Verbesserung und Vereinfachung der Technik über die Spezifizität der Abwehrfermente ein Urteil abgegeben werden kann.) (Mendes de Leon.)
52a. Gutmann, J., u. S. J. Druskin, Erfahrungen mit der Abderhaldenschen Reaktion. Med. Record. Bd. 84. p. 99.
53. Heaney, Sproat und Davis, Abderhaldens test of pregnancy. Amer. Journ. of Obst. and diseases of women and children. Vol. 68. p. 450.

54. *Heilner, und Th. Petri, Über künstlich herbeigeführte und natürlich vorkommende Bedingungen zur Erzeugung der Abderhaldenschen Reaktion und ihre Deutung. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 32. p. 1775.
55. Heimann, F., Zur Bewertung der Abderhaldenschen Schwangerschaftsreaktion. Verhandl. d. deutsch. Ges. f. Gyn. Bd. 15. 2. p. 305.
56. — Zur Bewertung der Abderhaldenschen Schwangerschaftsreaktion. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 17. p. 915. (Heimann plädiert für genaue Einhaltung der Abderhaldenschen Vorschriften und will dann bei der Ninhydrinreaktion nie Fehlresultate gesehen haben.)
57. — Die Abderhaldensche Schwangerschaftsreaktion. Berl. klin. Wochenschr. p. 1301.
58. Henkel, M., Zur biologischen Diagnose der Schwangerschaft. Arch. f. Gyn. Bd. 99. p. 56. (Bei 40 Fällen zuverlässige Resultate sowohl bei normaler wie bei pathologischer Gravidität.)
59. Hirschfeld, Die Schwangerschaftsdiagnose nach Abderhalden und ihre wissenschaftliche Grundlage. Schweizer Rundschau f. Med. Bd. 13. p. 534. (Bei verschärfter Technik „fast kein Versagen". Ausgesprochene Reaktion bei Nichtschwangeren nie beobachtet, angedeutete in drei Fällen. Eine 10 Wochen alte Schwangerschaft gab negative Reaktion.)
60. Jamison und Cole, Serodiagnosis of pregnancy. New Orleans Med. and Surg. Journ. Sept. Ref. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. p. 1072.
61. — Chaillé and Cole, The sero-diagnosis of pregnancy. New Orleans Surg. and Med. Journ. Nr. 3. Vol. 66. p. 188.
62. Jaworski, K., und Z. Szymanowski, Beitrag zur Serodiagnostik der Schwangerschaft. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 23. p. 922.
63. — Klinische Beobachtungen über die Abderhaldensche Reaktion. (Aus der Klink von Prof. Rosner.) (Polnisch.) Przeglad Lekarski. Nr. 22. (v. Neugebauer.)
64. — Klinische Bemerkungen betreffend die Abderhaldensche Reaktion. Gyn. Rundschau. Nr. 16. p. 582.
65. — und Z. Szymanowski, Zur Frage der Serodiagnostik der Schwangerschaft. (Polnisch.) Przeglad Lekarski. Nr. 20. (v. Neugebauer.)
66. — Klinische Bemerkungen betreffend die Abderhaldensche Reaktion. Gyn. Rundschau. p. 582.
67. Jellinghaus und Losee, Serodiagnosis of Pregnancy by dialisation method. Bull. of Lying in Hosp. of City of New York. June. p. 67. Ref. Journ. of the Amer. Med. Assoc. July. p. 143. (Klinischer Vortrag.)
68. — — Serodiagnosis of pregnancy by the dialysation method. Bull. Lying-In-Hosp. New York. Ref. The Amer. Journ. of Obst. Oct. p. 791.
69. — — Die Serodiagnose der Gravidität mittelst des Dialysierverfahrens auf Grund der Serumuntersuchung von 563 verschiedenen Fällen. Bull. of the Lying-in Hosp. of New York. June.
70. Jonas, W., Beiträge zur klinischen Verwertbarkeit der Abderhaldenschen Schwangerschaftsreaktion. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 23. p. 1099.
71. — Demonstration der Schwangerschaftsreaktion nach Abderhalden. Sitzungsber. d. med. Vereins zu Greifswald. Ref. Deutsche med. Wochenschr. p. 677.
72. Judd, Ch. W., The technique of Abderhaldens pregnancy reaction. Amer. Journ. of the Med. Science. Vol. 146. p. 391.
73. — The serumdiagnosis of pregnancy. Journ. of the Amer. Med. Assoc. Nr. 25. p. 1947.
74. King, V. L., Über trockenes Plazentarpulver und seine Anwendung bei dem Abderhaldenschen Dialysierungsverfahren bezüglich der Diagnose der Schwangerschaft. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 22. p. 1198. (Empfehlung einer im Original nachzulesenden Methode zur Herstellung von einem für die Dialysiermethode brauchbaren Plazentartrockenpulver.)
75. Labusquière, R., Le diagnostique physiologique de la grossesse d'après le méthode d'Abderhalden. Annal. de gyn. et d'obst. Vol. 10. p. 664.
76. Lampé, Zur Technik der Bereitung der Organe für das Abderhaldensche Dialysierverfahren. Münchn. med. Wochenschr. p. 2831. (Lampé empfiehlt, die Organe in toto von den Gefässen aus zu entbluten. Bei der Plazenta lässt sich das von der Vena umbilicalis aus mühelos durchführen.)

77. Leroy, A., Le diagnostic de la grossesse par le procédé du dialysateur. (Methode d'Abderhalden.) Paris méd. p. 568.
78. Lewy, J., Zum Nachweis der Schwangerschaft durch das Dialysierverfahren nach Abderhalden. Frauenarzt. Nr. 7. p. 290.
79. Lichtenstein, Über das Dialysierverfahren nach Abderhalden. Verhandl. d. deutsch. Ges. f. Gyn. Bd. 15. 2. p. 283.
80. — Zur Serumreaktion nach Abderhalden. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 26. p. 1427. (Zuverlässige Resultate mit der Dialysiermethode. Eingehende Versuche bei Eklamptischen und Nephritischen.)
81. — Zur Serumreaktion nach Abderhalden. Sitzungsber. d. med. Ges. zu Leipzig. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 1800.
82. Lindig, P., Über Serumfermentwirkungen bei Schwangeren und Tumorkranken. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 6. p. 288. (Die Resultate der Arbeit wurden später als auf Versuchsfehlern beruhend widerrufen.)
83. — Über Serumfermentwirkungen bei Schwangeren und Tumorkranken. Münchn med. Wochenschr. Nr. 13. p. 702. (Erwiderung.)
84. *Lurje, Die Abderhaldensche Reaktion bei Schwangerschaft. Russki Wratsch. Nr. 19. (H. Jentter.)
85. Mackenzie, Wallis und Williamson, Serum diagnosis of pregnancy. Gyn. Sekt. d. Royal soc. of med. Ref. Lancet. p. 1189.
86. — — — The Serumdiagnosis of Pregnancy with a demonstration of Apparatus and Methods. Sitzungsber. d. Royal. Soc. of Med. Gyn. Sekt. Ref. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Empire. Oct. p. 242.
87. *Maccabruni, F., Über die Verwendbarkeit der Abderhaldenschen Reaktionen bei der Serumdiagnose der Schwangerschaft. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 23. p. 1259.
88. Marjantschik, Die chemische und optische Reaktion nach Abderhalden. Wratsch. Gaz. Nr. 2. Sitzungsber. d. geb.-gyn. Ges. zu Kiew. (Bei Eklampsie kommt der Reaktion eine günstige prognostische Bedeutung zu. Am Ende der Schwangerschaft wird die Reaktion schwächer, um im Puerperium wieder stärker zu werden.) (H. Jentter.)
89. Markus, N., Untersuchungen über die Verwertbarkeit der Abderhaldenschen Fermentreaktion bei Schwangerschaft und Karzinom. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 17. p. 776. (15 Gravide reagierten positiv, eine schon acht Tage nach Ausbleiben der Regel. Drei Fälle von Extrauterinschwangerschaft reagierten ebenfalls positiv, 18 Kontrollfälle negativ.)
90. ayer, W., Über die Spezifität der Abderhaldenschen Abwehrfermente. Münchn. med. Wochenschr. p. 2906. (Tierversuche, deren Resultate für eine strenge Spezifität der Reaktion zu sprechen scheinen.)
91. — A., Über das Abderhaldensche Dialysierverfahren und seine klinische Bedeutung. Sitzungsber. d. med. naturw. Vereins Tübingen. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 35. p. 1972 und Orig. Med. Korrespondenzbl. d. Württemberg. ärztl. Landesvereins.
92. — Über die Abderhaldensche Untersuchungsmethode und die klinische Bedeutung des Dialysierverfahrens. Med. Korrespondenzbl. Bd. 83. p. 725.
93. — Die Abderhaldensche Schwangerschaftsreaktion. Verhandl. d. deutsch. Ges. f. Gyn. Bd. 15. 2. p. 310.
94. Naumann, Experimentelle Beiträge zum Schwangerschaftsnachweis nach Abderhalden. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 43. p. 2086.
95. Nedrigailow, Zur Abderhaldenschen Reaktion. Wratsch. Gaz. Nr. 31. (H. Jentter.)
96. *Neumann, J., Über fermentähnliche und Fermentreaktionen des Blutserums während der Gravidität. Biochem. Zeitschr. Bd. 50. p. 347.
97. *Parssamow, O., Die biologische Diagnose der Schwangerschaft nach Abderhalden. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 25. p. 934. (Parssamow erhielt bei Schwangeren nie negative, bei 34 von 54 untersuchten Nichtschwangeren aber positive Resultate. Je eine negative Reaktion bei Extrauteringravidität und bei Abort.)
98. — Die biologische Schwangerschaftsdiagnose (Dialysiermethode nach Abderhalden). Wratsch. Gaz. Nr. 20, 21. (H. Jentter.)
99. Perkel, Die Serodiagnostik der Schwangerschaft. Wratsch. Gaz. Nr. 11. Sitzungsber. der med. Ges. zu Odessa. (34 Beobachtungen. In einem Falle von zweimonat-

lichem Abort positive Reaktion; zwei Tage nach einem fünfmonatlichen Abort negative Reaktion. Fünf Tage post partum war die Reaktion positiv, am sechsten und siebenten Tage negativ. Das Blut des zentralen Endes der Nabelschnur gab negative Reaktion. Es kommt der Reaktion eine grosse praktische Bedeutung zu. Die Technik lässt sich vereinfachen. Die Hämolyse des Serums beeinträchtigt die Reaktion nicht; ist das Serum nicht leukozytenfrei, so kann es ohne Plazenta die Reaktion geben.) (H. Jentter.)

100. Petri, Th., Biologische Diagnose der Schwangerschaft. Zentralbl. f. Gyn. p. 235. (Resultate sind an 23 Schwangeren und mehreren Frauen in puerperio gewonnen. Die Reaktion fällt positiv aus während der ganzen Zeit der Gravidität und 1—4 Tage post abortum, resp. 1—8 Tage post partum. Inaktives Serum lässt sich durch Komplementzusatz nicht aktivieren.)

101. *— Über die Spezifität der gegen Plazenta gerichteten Abwehrfermente. Sitzungsber. d. bayr. Ges. f. Geb. u. Gyn. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 20. p. 731 und Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. p. 859.

102. *— Über Fermentreaktion im Serum Schwangerer, Kreissender und Wöchnerinnen. Verhandl. d. deutsch. Ges. f. Gyn. Bd. 15. 2. p. 284.

103. Petridis, P. A., Ferments protecteurs de l'organisme animal. Diagnostic biochimic de la grossesse par la réaction d'Abderhalden. Procédé du dialyseur. Progr. méd. Nr. 35. p. 451.

104. Piorkowski, Über biologische Reaktionen. Sitzungsber. d. Hufelandischen Ges. zu Berlin. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 7. p. 323. (Piorkowski hat bei dem Dialysierverfahren und der optischen Methode übereinstimmend in etwa 96% seiner Fälle richtige Resultate.)

105. Plotkin, G., Zur Frage von der Organspezifität der Schwangerschaftsfermente gegenüber Plazenta. Bemerkungen zu dem Artikel von E. Heilner und Th. Petri in Nr. 28 der Münchn. med. Wochenschr. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 35. p. 1942.

106. Poduschko, Die Reaktion nach Abderhalden in der Diagnostik der Schwangerschaft. Wratsch. Gaz. Nr. 36. Sitzungsber. d. geb.-gyn. Ges. zu Kiew. (123 Fälle. Bei 57 Schwangeren war die Reaktion 45 mal positiv, 12 mal negativ. Bei 66 Nichtschwangeren (die Mehrzahl davon waren Männer) 18 mal positiv, 48 negativ. Der Reaktion nach Abderhalden kommt ein tiefes wissenschaftliches Interesse zu; in der Form aber, wie sie zurzeit ist, ist sie nicht spezifisch zu nennen, und eine praktische Bedeutung in der Diagnostik der Schwangerschaft geht ihr ab.) (H. Jentter.)

107. Polano, Demonstration zur biologischen Schwangerschaftsreaktion nach Abderhalden. Sitzungsber. d. phys.-med. Ges. Würzburg. Nr. 2. p. 23.

108. *— Zur biologischen Schwangerschaftsdiagnose. Sitzungsber. d. bayr. Ges. f. Gyn. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 20. p. 730 und Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. p. 857.

109. Prochownik, Schwangerschaftsdiagnose mittelst Bluntuntersuchung nach Abderhalden. Wratsch. Gaz. Nr. 31. Sitzungsber. d. Ärztevereins zu Wien. (H. Jentter.)

110. Richter und J. Schwarz, Die Diagnose der Trächtigkeit bei Rind, Schaf und Ziege mittelst des Dialysierverfahrens. Zeitschr. f. Tiermed. Bd. 17. p. 417.

111. *Rosenthal, Eugen, Über weitere Erfahrungen mit der serologischen Schwangerschaftsdiagnostik. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 25.

112. Rübsamen, Zur Diagnose der Schwangerschaft mittelst der optischen Methode und des Dialysierverfahrens. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 21. p. 1139. (Rosenthal konnte keinen Fall beobachten, in dem der Ausfall der Schwangerschaftsreaktion dem klinischen Bilde nicht entsprochen hätte.)

113. — Zur biologischen Diagnose der Schwangerschaft mittelst der optischen Methode und des Dialysierverfahrens. Verhandl. d. deutsch. Ges. f. Gyn. Bd. 15. 2. p. 313.

114. Sabin, De la réaction d'Abderhalden dans le diagnostic de la grossesse. Presse méd. p. 1015.

115. Schäfer, Der Abderhaldensche Fermentnachweis im Serum von Schwangeren. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 35. p. 1606. (Untersuchungen mit der optischen Methode und dem Dialysierverfahren. Trotz einiger Fehldiagnosen, die bei dem Dialysierverfahren häufiger waren wie bei der optischen Methode, glaubt Schäfer dem Verfahren eine wichtige klinische Bedeutung zusprechen zu müssen.)

116. Schäfer, P., Fermentreaktion nach Abderhalden. Verhandl. d. deutsch. Ges. f. Gyn. Bd. 15. 2. p. 280.
117. — Abderhaldens Reaktion. Sitzungsber. d. Gyn. Ges. Berlin. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1715.
118. Scherer, A., Praktische Erfahrungen mit der Schwangerschaftsdiagnose nach Abderhalden. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 47. p. 2183.
119. — Praktische Erfahrungen mit der biologischen Schwangerschaftsreaktion nach Abderhalden (Dialysierverfahren). Berl. klin. Wochenschr. Nr. 47. p. 2183. (Scherer sieht auf Grund seiner Versuche in dem Dialysierverfahren ein brauchbares diagnostisches Hilfsmittel, besonders bei: 1. Der Differentialdiagnose zwischen Myom und Gravidität, 2. bei gravidem retroflektiertem Uterus, der einen sicheren Palpationsbefund nicht gestattet, 3. bei Fettleibigen, 4. wenn ein Vitium oder Tuberkulose eine sehr frühzeitige Feststellung der Schwangerschaft wünschenswert erscheinen lassen, und 5. bei der Differentialdiagnose zwischen Extrauteringravidität und Adnextumor.)
120. — S., Az Abderhalden féle serumreactióról terhességnél. Orvos. Ertesitö. Nr. 18. (In 108 Fällen führte Scherer das Abderhaldensche Dialysationsverfahren aus. Von 57 Fällen von Schwangerschaft war die Reaktion viermal negativ. Auch während der Menstruation konnte er einmal eine positive Reaktion beobachten. Doch dürften diese Fehler durch eine weitere Verbesserung der Methode mit der Zeit zu umgehen sein.) (Temesváry.)
121. Schiff, E., Ist das Abderhaldensche Dialysierverfahren differentialdiagnostisch verwertbar? Verhandl. d. deutsch. Ges. f. Gyn. Bd. 15. 2. p. 273.
122. — Ist das Dialysierverfahren Abderhaldens differentialdiagnostisch verwertbar? Münchn. med. Wochenschr. Nr. 22. p. 1197. (Auf Grund von 49 untersuchten Fällen kommt Verf. zu einer Bejahung der gestellten Frage.)
123. *Schlimpert, H., Erfahrungen mit der Abderhaldenschen Schwangerschaftsreaktion. (Dialysiermethode und Ninhydrinreaktion.) Verhandl. d. deutsch. Ges. f. Gyn. Bd. 15. 2. p. 279.
124. *— Abderhaldens Schwangerschaftsreaktion. Freiburger med. Ges. Sitzung vom 20. Mai. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 25. p. 1225.
125. *— und Hendry, Erfahrungen mit der Abderhaldenschen Schwangerschaftsreaktion. (Dialysierverfahren und Ninhydrinreaktion.) Münchn. med. Wochenschr. Nr. 13. p. 681.
126. — Serum Reaction of Pregnancy. Sitzungsber. der Brit. Med. Assoc. Ref. Brit. Med. Journ. p. 1003.
127. *— und Issel, Die Abderhaldensche Reaktion mit Tierplazenta und mit Tierserum. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 32. p. 1758.
128. Schmid, H. H., Serodiagnostik der Schwangerschaft mittelst des Abderhaldenschen Dialysierverfahrens. Prager med. Wochenschr. Nr. 39. p. 541.
129. Scholz, Die Schwangerschaftsdiagnose nach Rosenthal. Berl. tierärztl. Wochenschrift Nr. 48. p. 858.
130. Schummkowa-Trubina, Abderhaldens serodiagnostische Reaktion bei Karzinom. Wratsch. Gaz. Nr. 48. Sitzungsber. der russ. chir. Pirogowschen Ges. (Es kamen 128 Sera zur Untersuchung: 73 von Krebskranken, 19 von Schwangeren und 36 von Gesunden. Die Reaktion nach Abderhalden gibt zwar den grössten Prozentsatz richtiger Resultate, weist aber grosse technische Schwierigkeiten auf; letzterer Umstand gestatte nicht, die Reaktion zu diagnostischen Zwecken anzuwenden.) (H. Jentter.)
131. Singer, Hugo, Az Abderhalden-féle dyalisátó eljárás specifitásáról. Orvosi Hetilap. Gynaekologia. Nr. 3—4. (Singer prüfte die Resultate von Heilner und Petri bezüglich der Spezifität des Dialysationsverfahrens nach Abderhalden nach und kam ebenfalls zum Resultate, dass eine strenge Spezifität der Fermente nicht bewiesen sei, es scheine sich aber um eine Gruppenspezifität zu handeln. Das erklärt auch die häufigeren Irrtümer mit der Methode in positiver Richtung. Da derzeit die Fehlerquellen noch nicht gehörig eliminiert sind, eignet sich die Methode nicht für die grosse Praxis, sondern soll in Kliniken und Laboratorien weiter betrieben und fortentwickelt werden.) (Temesváry.)
132. Sproat Heaney und Davis, Abderhaldens Test of Pregnancy. The Amer. Journ. of Obst. p. 450. Sept. (Historische Darstellung, geringe Zahl eigener Versuche mit unregelmässigen, aber wohl auf noch mangelhafte Technik zu beziehenden Resultaten.)

133. Stange, B., Zur biologischen Diagnose der Schwangerschaft. Münchn. med. Wochenschrift Nr. 20. p. 1084. (75 Schwangere mit positiver, 5 Nichtschwangere mit negativer Reaktion.)
134. Stöckel, Über die Abderhaldensche Schwangerschaftsreaktion. Med. Ges. zu Kiel. Sitzg. vom 5. Juni Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 1741.
135. Schwarz, H., The practical application of Abderhaldens test of pregnancy. Interstate med. Journ. Vol. 20. p. 393.
136. — The Serumdiagnosis of Pregnancy. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Nr. 7. p. 484.
137. *Sunde, Anton, Abderhaldens serologiske Graviditetsreaktion. Norsk Magazin for laegevidensk. p. 1234.
138. Tschudowski, Zur Frage über den Nachweis der Abwehrfermente mittelst der optischen Methode und des Dialysierverfahrens nach Abderhalden im Blutserum bei Schwangerschaft und gynäkologischen Erkrankungen. Münchn. med. Wochenschr. p. 2282.
139. Veit, J., Die Serodiagnostik der Gravidität. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 27. p. 1241.
140. Werner und v. Winniwarter, Über die Schwangerschaftsreaktion nach Abderhalden. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 45. p. 1841. (Die Verff. können dem Dialysierverfahren einen praktischen Wert nicht zuerkennen, da es ihnen stets eine relativ hohe Prozentzahl von Fehldiagnosen ergab. Die Ursache hierfür glauben sie in der Unzuverlässigkeit der Dialysierhülsen zu finden.)
141. Williamson, The value of Abderhaldens test for pregnancy. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Nr. 4. p. 211.
142. Williams, P. F., und R. M. Pearce, Abderhaldens biologic test for pregnancy. Surg., Gyn. and Obst. Chicago. Vol. 16. Nr. 4. (Die Verff. halten das Dialysierverfahren wegen der manchfachen technischen Schwierigkeiten noch nicht für die Praxis reif.)
143. Wolff, G., Die biologische Diagnose der Schwangerschaft nach Abderhalden. Monatsschr. f. Gyn. u. Geb. Bd. 38. p. 394.
144. Zoeppritz, Serodiagnostik der Schwangerschaft. Verhandl. d. deutsch. Ges. f. Gyn. Bd. 15. 2. p. 331. (Nach vielen vergeblichen Versuchen in den letzten 50 Fällen mit verschärfter Technik keine Fehlresultate mehr.)
145. Zwybel, B. W.. Die Serodiagnostik der Schwangerschaft nach Abderhalden. Med. i Kronika Lekarska. Nr. 28. (Polnisch.) (v. Neugebauer.)

Über Abderhaldens Methoden der serologischen Schwangerschaftsdiagnose hat das Jahr 1913 eine Hochflut von Arbeiten gebracht, ohne dass über die Frage der klinischen Wertigkeit — über die wissenschaftliche hohe Bedeutung bestehen wohl kaum Zweifel — und die strenge Spezifität der Reaktion eine Einigung erzielt worden wäre.

Abderhalden selbst ist nach wie vor geneigt, alle Fehldiagnosen auf fehlerhafte Technik zurückzuführen. Als hauptsächlichste Fehlerquellen nennt er: 1. Das Blut ist hämolytisch oder nicht genügend zentrifugiert. 2. Die zur Dialyse verwendeten Schläuche sind ungenügend geprüft, sie lassen Spuren von Eiweiss durch oder zeigen Differenzen in der Peptondurchlässigkeit. 3. Das Organ ist nicht frei von auskochbaren Stoffen, die mit Ninhydrin reagieren, infolgedessen kommt es zur Addition. Da besonders dieser letzte Fehler leicht entsteht, so besteht A. nochmals auf der Forderung sorgfältigster Vorbereitung der Organe nach folgender Vorschrift: Das zu benützende Organ wird mit der fünffachen Menge Wasser fünf Minuten lang gekocht. Das Kochwasser wird filtriert und dann werden 5 ccm Kochwasser mit 1 ccm Ninhydrinlösung zusammengebracht und eine Minute gekocht. Bleibt die Lösung farblos, dann ist das Organ brauchbar.

Abderhalden (5) prüfte das Serum von Schwangeren und Wöchnerinnen auch auf Abwehrfermente gegen Milchzucker mit negativem Resultat bei 12 Schwangeren und mit positivem bei einer im 10. Monat Graviden. Von 10 Wöchnerinnen baute nur eine Laktose ab. Bei Ausführung der Untersuchung ist gleichzeitig auf eine ev. vorhandene Galaktosurie zu achten.

— —

Aschner (12) fand das Serum gesunder Schwangerer stets positiv reagierend, ebenso Extrauteringraviditäten und Aborte, so lange noch lebendes Plazentargewebe vorhanden ist. Bei gynäkologischen Erkrankungen traten vereinzelt schwach positive Reaktionen auf. Aschner möchte sie wahrscheinlich auf einen Veruschsfehler zurückführen, zumal die gleichen Fälle mit der optischen Methode negativ reagierten. Er fand weiter, dass einige Fälle von klimakterischen, metritischen und chlorotischen Blutungen Ovarialsubstanz abbauten, und will diesen Befund als Folge einer funktionellen Störung der Ovarialfunktion erklären.

Die Arbeit bringt weiter Untersuchungen über den Abbau von Harneiweiss. Eklampsieeiweiss wurde stets von Schwangerenserum abgebaut, ebenso das Eiweiss von Schwangerschaftsnieren, wenn auch schwächer. Nicht abgebaut wurde dagegen gewöhnliches Nephritikereiweiss. Aschner möchte daher annehmen, dass beide Eiweissarten von verschiedener chemischer Beschaffenheit und vielleicht auch von verschiedener Provenienz seien.

Gambarow (43) hat in einer Reihe diverser Fälle die Abderhaldensche Dialysiermethode angewandt, wobei er auf peinlichste Befolgung aller technischen Forderungen Gewicht legte. Das Material des Verf. bestand aus 48 Fällen bösartiger Neubildungen; 22 mal handelte es sich um Schwangerschaft, 2 mal um luetisches Granulom, 10 mal um normales Serum. Schwangerenserum gab mit Plazenta in allen Fällen ausnahmslos positive Reaktion. Serum gesunder, nichtschwangerer Frauen kann weder Plazenta noch karzinomatöses Gewebe abbauen. Serum von Kranken mit bösartigen Neubildungen reagierte in allen Fällen positiv auf karzinomatöses Antigen. Es ist also kein Fall zu verzeichnen, wo Serum von Kranken mit malignen Geschwülsten karzinomatöses Eiweiss nicht spaltete, wohl aber fiel die Reaktion positiv aus in einem Falle von nicht maligner Neubildung. Eine stärkere Reaktion im Anfangsstadium des Karzinoms gegenüber späteren Stadien konnte Gambarow nicht vermerken. Dasselbe gilt von der Schwangerschaft. Wichtig ist, dass Serum Sarkomkranker mit Antigen aus karzinomatösen Geschwülsten in allen fünf Fällen negative Reaktion ergeben hat, während die Reaktion mit sarkomatösem Antigen in allen Fällen positiv ausfiel (biologische Verschiedenheit von Karzinom und Sarkom). Die Abderhaldensche Reaktion ist für die Diagnostik sowohl von Schwangerschaft als auch von malignen Tumoren spezifisch und dabei technisch einfach.

(H. Jentter.)

Goudsmith (51) empfiehlt zum Blutfreimachen der Plazenta folgende Methode: Die ganz frische Plazenta wird von ihren Hüllen und anhaftenden Coagulis befreit, Infarkte werden genau weggeschnitten und die Plazenta in kleine Stückchen — ungefähr der Grösse eines Viertel eines Cotyledo entsprechend — zerkleinert. Man presst und knetet sie gut aus, wirft sie in eine Schale mit $^1/_2$% Wasserstoffsuperoxydlösung, worin sie tüchtig geschüttelt werden. Diese Prozedur wird etwa dreimal wiederholt, bis die Stücke keine Spur Rotfärbung mehr zeigen. Dann spült man sie gut ab und kocht sie nun auf in einer $^1/_2$%igen H_2O_2-Lösung. Sind die Stücke gut vorbereitet, dann wird keine Spur Grünfärbung des Kochwassers auftreten. Nach fünf Minuten werden die Stücke wieder abgespült und ausgepresst und man verfährt weiter nach den Vorschriften von Abderhalden. Schliesslich Aufbewahrung in Toluol. Aseptisches Arbeiten hält Goudsmith nicht für nötig, sauberes Arbeiten genügt.

Heilner und Petri (54) sahen sowohl beim Tier wie beim Menschen beim Vorhandensein grösserer Hämatome Fermente im Blut auftreten, die verschiedenes arteigenes Gewebe abzubauen vermochten. Bei der Prüfung nach Abderhalden und Verdauung gegen Leber, Muskel und Plazenta zeigten diese Hämatomseren stets positive Ninhydrinreaktion. Es scheint also, dass bei der Resorption der Hämatome körpereigenes Eiweiss in die Blutbahn eintritt und die Bildung von Fermenten in gleicher Weise wie das Plazentareiweiss bei der

Schwangerschaft anregt. Damit wäre die Verwendung der Abderhaldenschen Reaktion als spezifische Schwangerschaftsdiagnose stark in Frage gezogen, da sie unter den verschiedensten pathologischen Voraussetzungen (Quetschungen, Hunger, Fieber) auftreten kann. Verff. bezweifeln ferner die Organspezifität der Reaktion, da sie die Seren von drei Graviden auch andere Gewebe wie Plazenta abbauen sahen.

McCord (18) will mit einem Plazentarpulver gleichwertige Resultate erzielt haben, wie mit der Plazentarverarbeitung nach Abderhalden. Die Plazenta wird, wenn sie nach Abderhalden gebrauchsfertig ist, mit Toluol zu einer feinen Paste verrieben, dann mehrmals mit reinem Azeton extrahiert, bis das Azeton ungefärbt bleibt. Entfernung des Azetons durch Filtration durch ein Buchnerfilter, Trocknung der Plazenta im Vakuum im Toluolnebel, Zerreiben der Plazenta zu feinem Pulver. Von diesem Pulver wird zum Versuch $^1/_4$ Gramm benutzt.

Zu einem durchaus ablehnenden Standpunkt kommt Engelhorn (27), der bei Anwendung des Dialysierverfahrens und der Ninhydrinmethode unter 60 Schwangeren 49 positiv und 11 negativ reagierend fand. Ebenso erzielte er wechselnde Resultate, wenn er Schwangerenserum mit Karzinom-, Ovarial- oder Lebergewebe zusammenbrachte.

Ebeler und Löhnberg (23) kommen zu dem Schluss, dass die positive Ninhydrinreaktion stets in der Schwangerschaft zu finden ist, dass sie aber auch bei Nichtgraviden vorkommt und infolgedessen bei der jetzigen Versuchstechnik noch nicht als absolut spezifisch gelten kann. Sie glauben jedoch, dass die Methode sich als ein wichtiges diagnostisches Hilfsmittel einen dauernden Platz im klinischen Betrieb erringen wird.

Nach Eveler (31) ergab die Reaktion zwar einen Unterschied zwischen dem Serum gesunder Nichtschwangerer und Schwangerer, aber Pyosalpinx und Extrauteringravidität liessen sich nicht unterscheiden. Ähnlich erging es mit malignen Geschwülsten, Tuberkulose und Basedow, in einzelnen Fällen wurde positive Reaktion erhalten ohne Bestätigung durch die klinische Beobachtung oder den klinischen Verlauf. Ausserdem gaben zur Kontrolle allein dialysierte Sera mitunter auch die Reaktion.

Freund und Brahm (38) konnten an grossem Material in allen Schwangerschaftsmonaten Spaltungen nachweisen. Die spaltende Kraft des Serums scheint gegen Ende der Schwangerschaft abzunehmen. Die Resultate waren jedoch keineswegs ideale. Das Ergebnis der optischen Methode deckte sich nur in 72,4% der Fälle mit dem klinischen Befund, gegenüber 66,7% bei dem Dialysierverfahren. Bei der optischen Methode sehen sie besonders eine Fehlerquelle in der Verschiedenheit der einzelnen Peptone. Ein Vergleich der optischen Methode mit dem Dialysierverfahren liess in etwa einem Drittel der Fälle ein übereinstimmendes Resultat vermissen.

Lurje (84) bringt 82 eigene Beobachtungen, davon 47 an Schwangeren, 17 an Nichtschwangeren und 18 an Nabelschnurblut. Alle Schwangeren ergaben positive Reaktion, desgleichen Kranke mit Abort, besonders stark mit fieberhaftem Abort. Im Puerperium war die Reaktion 5 mal positiv, 1 mal negativ (7 Tage post partum). Von 4 Fällen von Extrauteringravidität war die Reaktion 2 mal positiv, 2 mal negativ; in den beiden letzten Fällen war die Schwangerschaft 2—3 Monate vor Aufnahme in die Klinik bereits unterbrochen. In allen Fällen gab das Nabelschnurblut (aus Arterien sowie Venen) dasselbe Resultat wie das mütterliche Blut. Von 17 Nichtschwangeren war die Reaktion 11 mal negativ, 6 mal positiv (diverse gynäkologisch kranke Frauen und 1 Mann). Letztere Beobachtungen sprechen gegen die Spezifität der Abderhaldenschen Reaktion. Auch bei anderen Prozessen, wie Tumoren, Erkrankungen innerer Organe, können sich im Organismus entsprechende Fermente bilden. Die

positive Reaktion ist ein konstantes Symptom der Schwangerschaft, aber da sie nicht spezifisch ist, kann sie zurzeit noch nicht als diagnostisches Mittel benutzt werden. (H. Jentter.)

Maccabruni (87) sah unter 85 Fällen nur eine negative und zwei zweifelhafte Reaktionen bei Graviden. In einem Fall erhielt er ein positives Resultat bei einer Nichtschwangeren. Mit Fötusserum konnte er bisweilen einen positiven Befund erheben, er möchte daher auch dem Fötus eine gewisse Rolle bei der Bildung der Schutzfermente beimessen.

Neumann (96) prüfte die oxydativen und reduzierenden Eigenschaften des Blutserums in den verschiedenen Monaten der Gravidität. Die oxydierende Kraft des Serums gegenüber Adrenalin ist in der Schwangerschaft gesteigert. Diese Oxydation verläuft unter dem Bilde der Fermentreaktion. Dieser erhöhte Oxydationswert der Graviden lässt die Pigmentreaktionen verständlicher erscheinen.

Petri (102) prüfte einmal, ob das Schwangerenserum auch imstande ist, anderes Eiweiss als Plazentareiweiss abzubauen. Es wurde deshalb die Einwirkung von Serum auf frisches und koaguliertes Eiereiweiss im Dialysierversuch untersucht. Jedesmal mit negativem Resultat. Dagegen zeigten Schwangere gegenüber Seidenpepton eine starke Abbaufähigkeit. Von Seren Nichtschwangerer gab einmal das einer Karzinomkranken und einmal das einer Tuboovarialcyste positiven Abderhalden.

Petri (102) prüfte mit Hilfe der optischen Methode, ob ein gradueller Unterschied der Fermentwirkung unter den während der Schwangerschaft, unter der Geburt und im Wochenbett entnommenen Seren festgestellt werden könne. Bei Untersuchung von je 10 Fällen fand er mittlere Drehungswerte von 0,08 während der Schwangerschaft, 0,12 während der Eröffnungsperiode, 0,12 während der Austreibungsperiode und 0,10 im Wochenbett. Diese anscheinende Steigerung der Abbaufähigkeit unter der Geburt möchte Petri mit der dann statthabenden Vermehrung der Leukozyten in Zusammenhang bringen, in denen er die Bildungsstätte der Elemente vermutet.

Polano (108) hat mit dem Dialysierverfahren meist einwandfreie, bisweilen aber auch bei Nichtschwangeren positive, bei Schwangeren negative Resultate erhalten. Polano lässt unentschieden, wie weit diese Misserfolge in der Schwierigkeit der Technik oder in der Unsicherheit des Verfahrens begründet sind. Die Reaktion könne nicht als eine ausgesprochen plazentare bezeichnet werden, da alle fötalen Organe drüsiger und nichtdrüsiger Natur ebenso wie Fruchtwasser und fötales Serum mit Schwangerenserum kombiniert die Reaktion ergeben. Daher könnten eben so gut wie Plazentarelemente auch ausgeschiedene Stoffwechselprodukte des Fetus, die durch die Plazenta hindurchgehen, als Quelle der mütterlichen Serumveränderung angesprochen werden. Polano konnte weiter Unterschiede im Hämolysierungsvermögen von Schwangeren und Nichtschwangerenserum verschiedenem Tierblut gegenüber feststellen. Das Schwangerenserum ist reicher an Hämolysinen. Gekochte Plazenta und einzelne fötale Organe, besonders die Lunge, wirken auf die Erythrozyten Schwangerer stärker auflösend als auf die Nichtschwangerer.

Parssamow (97) prüfte die Abderhaldensche Reaktion an 100 Fällen. Es handelte sich um 3—10monatliche Schwangerschaften; in einigen Fällen wurde das Blut während der Geburt entnommen. Nach der Geburt konnte Parssamow die Reaktion bis zum 10. Tage des Wochenbettes verfolgen und erhielt allemal positive Resultate. In 7 durch die Operation bestätigten Fällen von Extrauteringravidität war die Reaktion positiv, von 3 konservativ behandelten Fällen war sie 2mal positiv, 1mal negativ. In einem Falle mit der klinischen Diagnose auf Extrauteringravidität und positiver Reaktion wurde bei der Operation eine Ovarialzyste und keine Gravidität gefunden. Die Anamnese erwies, dass die Patientin vor 1½ Wochen einen Abort gehabt hatte.

Serum einer Eklamptischen gab mit einer eklamptischen Plazenta negative, mit einer normalen Plazenta positive Reaktion. Nabelschnurblut gab von 7 Fällen 3mal positive Reaktion. Bei 2 Männern war die Reaktion positiv. Die Abderhaldensche Reaktion ist bei Schwangerschaft fast immer positiv, sie kann es aber auch sein bei Nichtschwangeren; deswegen ist sie nicht spezifisch zu nennen und kommt ihr keine praktische Bedeutung bei. Das Ferment ist im Blut enthalten, aber es hat, wie es scheint, eine allgemein proteolytische Wirkung. Deswegen wird aber der wissenschaftliche Wert der Reaktion nicht herabgesetzt, und die Reaktion kann neue Bahnen schaffen in der Ätiologie der Eklampsie oder in der Pathologie des Krebses. Zum Schlusse führt Parssamow eine Versuchsreihe von 16 Fällen mit der verbesserten Technik nach Abderhalden an. Er bestätigt, dass die Plazenta in physiologischer Lösung besser durchgewaschen wird und nach dem Kochen ganz weiss wird. Die Resultate waren dieselben. Die negative Reaktion weist wohl auf Abwesenheit von Schwangerschaft hin, die positive Reaktion aber beweist noch nicht, dass Schwangerschaft vorliegt. (H. Jentter.)

Sehr ausführlich schildert Schlimpert (125) die methodischen Schwierigkeiten, mit denen er zu kämpfen hatte. Er machte z. B. die interessante Erfahrung, dass es ihm mit dem sehr weichen Freiburger Leitungswasser nicht gelang, die Organe genügend blutfrei zu bekommen. Erst die Verwendung physiologischer Salzlösungen schafft hierin Abhilfe. Beim Arbeiten nach verschärfter Vorschrift erhielt er dann zuverlässige Resultate.

In seinem Vortrag auf dem Hallenser Kongress betont Schlimpert (123) dann noch weiter, dass seines Erachtens Fehlresultate sich dadurch erklären, dass eine Summation unterschwelliger, mit Ninhydrin reagierender Stoffe des Serums mit ebensolchen in dem Plazentagewebe zusammenkommt. Er hält deshalb verschärftes Auskochen und kräftiges Ausspülen und Ausdrücken der Plazentastücke und Verwendung von Serum, das nüchternen Patientinnen entnommen ist, für unbedingt notwendig. Ausserdem empfiehlt er stets eine Kontrolle mit dem Serum einer Nichtgraviden und, wenn möglich, auch einer Karzinomatösen und einer Fiebernden mit anzusetzen. Andere Gewebe als Plazenta (Uterus, Ovar, Myom oder Karzinom) wurden nicht abgebaut. Versuche mit Tierplazenten und Tierseris, die wechselweise mit Tier- und Menschenseris, mit artgleicher und mit artverschiedener Tier- und mit Menschenplazenta ausgeführt wurden, ergaben bei Kuhplazenten — wohl infolge ungenügender Präparation — unbrauchbare Resultate. Unter 58 Fällen, bei denen Schafplazenta oder Schafserum verwendet wurden, war ein Fehlresultat. 12 Pferdesera gaben richtige Resultate. Die Sera zweier schwangerer Pferde bauten Pferdeplazenta ab; da diese keine Chorionzotten enthält, ist damit die Annahme, dass durch die Zottenverschleppung die Bildung der Schwangerschaftsfermente ausgelöst wird, widerlegt. Von menschlichem Schwangerschaftsserum wurden sehr häufig auch die tierischen Plazenten abgebaut, bei tierischem Gravidenserum tritt ein Abbau menschlicher Plazenta seltener ein.

Schlimpert und Issel (127) arbeiten mit Tierplazenten und mit Tierserum. Sie halten dies für das Studium der Reaktion für vorteilhafter, einmal weil dabei Fehlerquellen durch vorhandene Geschwülste kaum in Betracht kommen und weil sich weiter bei einigen Tieren (Schaf, Pferd) der mütterliche und tierische Teil der Plazenta leicht und sicher voneinander trennen lassen. Die Verff. fanden bei Pferd und Schaf während der Schwangerschaft Fermente im Blut kreisend, die Plazenten der eigenen und fremder Arten abbauen. Fötaler und mütterlicher Anteil der Plazenta werden in gleicher Weise abgebaut. Die Auslösung der Fermentbildung durch verschleppte Chorionzotten ist infolge der anatomischen Hindernisse in Schaf- und Pferdeplazenta unwahrscheinlich. Quantitativ am stärksten reagierte immer Menschenserum,

baute aber in den Versuchen nicht die menschliche Plazenta, sondern Pferdeplazenta am stärksten ab.

Die Bedeutung einer subtilsten Einhaltung der Technik suchen Experimente von Abderhalden und Schiff (6) darzutun. Versuche an zehn trächtigen Kaninchen zeigten, dass ausser Plazenta und der bluthaltigen, weil sehr schwer blutfrei zu erhaltenden Leber, kein anderes Organ abgebaut wurde.

Sunde (137) beschreibt die Ausführung und die theoretische Begründung der Methode. Er hat bei 83 Fällen ca. 300 Reaktionen gemacht. Im Anfang, als er eine in Halle zubereitete Plazenta benutzte, stimmten die Reaktionen mit den klinischen Befunden. Später schlugen sie fehl, bis er, wie Schlimpert und Kendry, seine Plazenta in Salzwasser auszuwaschen anfing. Er findet, dass die Reaktion zwar technisch schwierig ist, und dass Fehlerquellen leicht vorkommen, meint aber, dass die Methode bei der Diagnose der Gravidität zuverlässig ist. Er hat nicht genügende Erfahrung, um sich über ihren Wert als Krebsdiagnostikum auszusprechen. (Kr. Brandt.)

Rosenthal (111) verficht in einer neuen Publikation den Wert seiner Antitrypsinreaktion. Bei Ausschluss von Nephritis, Fieber, Karzinom und Basedow sei die Methode für die Schwangerschaft spezifisch und habe gegenüber der Abderhaldenschen Methode den Vorzug einfacherer Technik und der Erreichung des Resultates schon nach 30 Minuten.

Fraenkel (35) prüfte die Rosenthalsche Methode nach und fand bei Graviden stets eine deutliche Erhöhung der antiproteolytischen Kraft des Serums, die bei Nichtgraviden vermisst wird. Karzinomsera hemmten so stark wie Gravidenseren, Patientinnen mit entzündlichen Adnexerkrankungen zeigten einen etwas erhöhten Titer. Fraenkel möchte einen negativen Ausfall der Reaktion für das Fehlen einer Schwangerschaft für beweisend halten, während positive Werte mit Vorsicht zu bewerten seien.

IV.

Physiologie der Geburt.

Referent: Dr. Zietzschmann.

Allgemeines.

1. Bondy, Diskussion zu Richter und Hiess (13).
2. Denny, Chas. F., Gegenwärtige Ansichten über die Leitung der normalen Geburt. St. Paul. med. Journ. August. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1632.
3. Fabre, Eine Methode der inneren Hysterographie. Vergleich der Resultate der äusseren und inneren Methode. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris etc. Nr. 3. Mars. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1892.
4. — Une méthode d'hystérographie externe. Réunion obst. et gyn. de Lyon. 13 Janv. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris etc. p. 68. (Beschreibung eines Apparats zur Wehenregistrierung.)
5. Goodmann, S. J., Beobachtungen über Schutz und Wiederherstellung des Dammes. Amer. Journ of Obst. and Dis. of Women and Childr. April and May. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1336.
6. Greer-Banghman, Schutz und Wiederherstellung des Dammes. Journ. of Amer. med. Assoc. Febr. 1. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 672.

7. Koopmann, H., Über die Zuverlässigkeit der einzelnen Momente zur Bestimmung der mutmasslichen Niederkunft, insbesondere über den Einfluss der Frühaufnahme auf die Verlängerung der Schwangerschaft. Inaug.-Diss. Tübingen.
8. Kreutzmann, H. J., Erfahrungen aus der geburtshilflichen Privatpraxis in 25jähriger Tätigkeit. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. p. 260.
9. Markoe, J. W., Der praktische Arzt als Geburtshelfer Bull. of the Lying-in Hosp. of the city of New York. Juni. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1632. (Statistik.)
10. Morley, W. H., Der Kalkgehalt des Blutes während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 17. Nr. 3. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1891.
11. Müller, A., Die Benennung der Kindeslagen in der Geburtshilfe. Bayr. gyn. Ges. 9. März. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 736.
12. Pohlmann, A. G., Über die Ursachen der Geburt. Johns Hopkins Hosp. Bull. 12. 1912. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1093.
13. Richter und Hiess, Über das günstigste Alter bei der ersten Geburt. Naturforscherversamml. in Wien. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1508. Deutsche med. Wochenschr. p. 2018.
14. — — Über das für die erste Geburt günstigste Alter. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. p. 625. (An einem während 19 Jahren beobachteten Materiale von 26 095 Erstgebärenden fanden Richter und Hiess, dass die physiologische Breite für die erste Geburt zwischen dem 17. bis 26. Lebensjahre liegt, das Optimum fällt auf das 18. bis 23. Lebensjahr, während welcher Zeit alle Komplikationen für Mutter und Kind am geringsten sind. „Alte Erstgebärende" müssen vom 29. Jahre an gerechnet werden.)
15. Saniter, R., Geburtshilfliches Besteck. Münchn. med. Wochenschr. p. 1437.
16. Scheuderowitsch, Experimentelle Untersuchungen über den Antitrypsingehalt im Blute von Schwangeren, Kreissenden und Wöchnerinnen. Inaug.-Diss. Bern.
17. Schwab, Resultate der häuslichen Geburtshilfe. Ärztl. Verein in Nürnberg. 8. Nov. 1912. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 496.
18. Sellheim, H., Über einen wesentlichen Unterschied zwischen natürlicher Geburt und künstlicher Entbindung. Hegars Beitr. Bd. 19 Heft 1 p. 1.
19. — Diskussion zu Richter und Hiess (13).
20. Waldvogel, A., Statistische Bemerkungen über die Geburten in der kgl. Universitäts-Frauenklinik in München in dem Zeitraum von 1892—1912. Inaug.-Diss. München. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1825.

Geburtshilfliche Asepsis.

1. Ahlfeld, F., Der Mechanismus der Scheidenausspülungen ante partum. Zentralbl. f. Gyn. 1837. (Ahlfeld fordert zu einem Versuche desinfizierender Scheidenspülungen an einem grossen Materiale auf. Er bringt sein früher geübtes Verfahren in Erinnerung.)
2. — Handschuhverletzungen und Händedesinfektion. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 33. Nr. 1. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 874.
3. Colorni, Über die Vorteile der Rektaluntersuchung während der Geburt. Geb.-gyn. Ges. der Emilia und der Marcken. 29. Juni. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. p. 607.
4. Günther, Zur Verwendung der Bolus alba bei der Händedesinfektion. Zentralbl. f. Chir. Nr. 13. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 826. (Nicht zu empfehlen, da die Hände schon nach kurzem Gebrauch rauh und wund werden.)
5. Kalabin, J. S., Über die Anwendung des Phobrols in der geburtshilflichen und gynäkologischen Praxis. Zentralbl. f. Gyn. p. 1627. (Phobrol in $^1/_2$%iger Lösung hat bakterizide Eigenschaften und wird bei täglichen Waschungen und Scheidenspülungen gut vertragen.)
6. Kunzel, Else, Vergleichende Untersuchungen über Antiseptika. Geneesk. Tijdschr. voor Belgie. 28. Febr. Ref. Zentralbl. f, Gyn. p. 875.
6a. Lahmann, Die austreibenden Kräfte im Geburtsakt im Lichte der Peristaltiktheorie. Journ. akusch. i shensk. bol. Okt. Sitzungsber. der geb.-gyn. Ges, zu St. Petersburg. (H. Jentter.)
7. Langfeldt, Der Kristallalkohol als Desinfektionsmittel. Der Frauenarzt. p. 438. (Empfehlung von Calcium chloratum in Verbindung mit Alkohol zu Desinfektionszwecken.)

8. *Leidenius, L., Untersuchungen über den Einfluss der Desinfektion der Kreissenden auf den Keimgehalt des puerperalen Uterus. Arch. f. Gyn. Bd. 100. Heft 3.
9. Martius, H., Festalkol, ein neues Händedesinfektionsmittel für die Hebammen- und Aussenpraxis. Einige allgemeine Bemerkungen und Versuche über Händedesinfektion. Deutsche med. Wochenschr. p. 2088. (Die von der Firma Marquart-Beuel hergestellte feste Alkoholseife, die bereits vom bayrischen Ministerium für die Hebammenpraxis eingeführt wurde, kann nach den bakteriologischen Prüfungen von Martius an Desinfektionskraft den anderen Händedesinfektionsmitteln durchaus an die Seite gestellt oder sogar vorgezogen werden. Ihr Gebrauch empfiehlt sich wegen der handlichen und bequemen Anwendungsweise gerade in der Hebammenpraxis und im Felde. Auch die Verpackung ist eine sehr handliche, der Preis gering.)
10. Naumann, L., Eine Vorrichtung zur aseptischen Einführung der Hand in den Uterus. Zu Roosens Mitteilung (p. 1146). Zentralbl. f. Gyn. p. 1290. (Naumann hat schon früher als Roosen einen Schlauch aus Leinenbattist angegeben.)
11. Oye, P. van, Phobrol. Geneesk. Tijdschr. voor Belgie. Nr. 6. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 875.
12. Ozaki, Y., Über die Alkoholdesinfektion. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 121. Heft 5 u. 6. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1547.
13. Peters, Afridolseife. Therap. Notiz. Münchn. med. Wochenschr. p. 1694.
14. Roosen, R., Eine Vorrichtung zur aseptischen Einführung der Hand in den Uterus. Zentralbl. f. Gyn. p. 1146. (Eine durch einen Ring vor der Vulva sich fixierende Gummihülle, die sich über die Hand beim Einführen stülpt.)
15. Schlapoberski, J., Zur Untersuchung per rectum während der Geburt. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. p. 258.
16. Sorel, R., Studie über die Händedesinfektion. Arch. prov. de chir. Mars. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 1791.
17. — Experimentelle Versuche über Asepsis der Hände. 24. Kongr. d. Vereinig. franz. Chir. Paris. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 2920.
18. Süpfle, K., Die Desinfektionswirkung von Alkohol-Seifenpräparaten. Arch. f. Hyg. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 2640. (Prüfung der Alkoholseife, die von den bayerischen Hebammen vorschriftsmässig verwendet wird.)
19. Verstraete, G., Vergleichende Untersuchungen über Antiseptika. Geneesk. Tydschr. voor Belgie. 28. Febr. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 875.
20. Waterstradt, E., Vergleichende Untersuchungen über die desinfizierende Wirkung des Lysols und der Kresolseife des Deutschen Arzneibuches. V. Ausgabe. 1910. Inaug.-Diss. Greifswald. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 1958.

Leidenius (8) untersuchte bakteriologisch das Vaginalsekret und die Uteruslochien an bestimmten Tagen nach der Entbindung bei Frauen, die in der verschiedensten Weise zur Geburt vorbereitet waren. Die Frauen wurden zum Teil weder gewaschen, noch sonst ihre Genitalien mit einer antiseptischen Lösung in Berührung gebracht. Andere Gruppen wurden bei Kürzen der Pubes gewaschen und mit dünner Sublimatlösung äusserlich desinfiziert. Dann sind bei anderen Scheidenspülungen vorgenommen oder Vulva und Umgebung nach Seifenwaschung, Rasieren der Schamhaare und Sublimatdesinfektion mit Jodtinktur bestrichen worden usf. Leidenius hat so sieben Gruppen für seine Untersuchungen gebildet. Nach genauer Schilderung der Entnahmetechnik und des bakteriologischen Arbeitsplanes, dem eine tabellarische Übersicht über die Ergebnisse folgt, kommt Leidenius zu dem Resultate, dass durch Desinfektion der Kreissenden die Anzahl der Bakterien im Genitalkanal bedeutend herabgesetzt und ihr Hinaufsteigen zum Uterus während des Puerperiums verzögert werden kann. Besonders gut ist der Effekt, wenn die Schamhaare rasiert werden und die Vulva mit Jodtinktur gepinselt wird. Die Vulvadesinfektion wird noch verstärkt durch gleichzeitige Scheidenspülung, bei der das mechanische Moment eine Rolle zu spielen scheint, wenn auch durch Ersetzen des gekochten Wassers durch Wasserstoffsuperoxyd- oder $^1/_2$ $^0/_0$ige Lysollösung die Keimarmut eine grössere wird. Die Desinfektion hat auf alle verschiedenen Bakterienarten den gleichen Einfluss. Dauer der Geburt und Zeit des Blasensprunges sind ohne Einfluss auf den Keimgehalt.

Beckenmessung.

1. Dessauer, Beiträge zur röntgenologischen Beckenmessung. Versamml d. Deutsch. Ges. f. Gyn. Bericht XV. 2. p. 430.
2. Henkel, Beckenmessung und Bestimmung der Beckenveränderungen mit dem Röntgenverfahren. Demonstr. Naturwiss.-med. Ges. zu Jena. 30. Jan. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 613.
3. Heynemann, Th., Die Beckenuntersuchung mittelst Röntgenstrahlen und ihre praktische Bedeutung für die Geburtshilfe. Prakt. Ergebn. d. Geb. u. Gyn. p. 237. (Die Beckenuntersuchung mittelst Röntgenstrahlen ist den bisher üblichen Methoden nur überlegen bei der Beurteilung der schrägen und queren Verengerungen des Beckens. auch für die Messung sonst schwer feststellbarer Durchmesser stellt sie die beste Methode dar, die aber sonst niemals die direkte Untersuchung unter der Geburt ersetzen kann. Am meisten leisten stereoskopische Fernaufnahmen des Beckeneingangs. Soweit sie im Röntgenbild erkennbar sind, kann man eine genaue und einwandfreie Messung aller Beckendurchmesser ermöglichen, wofür zwei Aufnahmen auf eine oder zwei Platten nötig sind. Mit einer Röntgenaufnahme lassen sich nur annähernd richtige Messungen anstellen.)
4. Kehrer, E., Vorläufige Mitteilung zur exakten röntgenologischen Beckenmessung. Zentralbl. f. Gyn. p. 55.
5. — Ein neues Verfahren zur röntgenologischen Beckenmessung; klinische Untersuchungen. Versamml. d. Deutsch. Ges. f. Gyn. Bericht XV. 2. p. 433.

Verlauf der Geburt.

1. Anderson, K., Three Occipito-posterior Presentations in the Same Patient. The Brit. med. Journ. June 15. 1912. p. 1363.
2. Baisch, Diskussion zu A. Müller (10). Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. p. 541.
3. Basset, Die Bedeutung des frühzeitigen Blasensprunges für Geburt und Wochenbett. Gyn. Ges. in Breslau. 29. April. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1268. (Die Blase soll erst gesprengt werden, nachdem der Muttermund bei Erstgebärenden vollkommen oder beinahe vollständig erweitert, bei Mehrgebärenden, sobald er handtellergross geworden ist.)
4. Döderlein, Diskussion zu A. Müller (10). Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. p. 541.
5. Haller, O. v., Geburten bei jugendlichen Erstgebärenden. Inaug.-Diss. München. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1824.
6. Hapke, Fr., Zur Frage des verspäteten Blasensprunges. Inaug.-Diss. Freiburg. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1634.
7. Kremer, G. M., Über alte Primiparae Inaug.-Diss. Bonn 1912. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1823.
8. Krug, O., Ein neuer Handgriff (Kreuzgriff) bei Entbindungen. Zentralbl. f. Gyn. p. 412. (Handgriff zur Dehnung des Beckens.)
9. Küstner, Diskussion zu Basset (3). (Je länger die Blase steht, um so länger bleibt das Eiinnere keimfrei.)
10. Müller, A., Über Kopfform und Geburtsmechanismus. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. p. 142. Münchn. gyn. Ges. 12. Dez. 1912. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. p. 539. (Müller wünscht eine einheitliche Bezeichnung der Kopflagen und schlägt vor, zur Benennung der Lage den tiefsten Punkt des Kopfes, zur Bezeichnung der Unterart die Richtung des Rückens festzusetzen. Man hat dann fünf Kopflagen zu unterscheiden, die in dorsoanteriore und dorsoposteriore Unterarten zerfallen. Betrachtungen über den Austreibungsmechanismus bei den verschiedenen Lagen.)
11. Reichel, M., Die Geburt bei alten Erstgebärenden. Inaug.-Diss. Breslau 1912.
12. Schestopal, G., Die Dauer der Austreibungsperiode (zweite Geburtsperiode) und ihre Folgen für Mutter und Kinder. Inaug.-Diss. Basel 1912. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. p. 133.
13. Sellheim, Demonstration der Selbständigkeit und Gleichzeitigkeit der Drehungen des Kindes unter der Geburt im Beckeneingange und Beckenausgange. Naturforscherversamml. in Wien. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1561.

14. Sellheim, Ein Experiment zur Illustration der regelmässigen Drehung aller Kindesteile mit dem überwiegenden Durchmesser ihres Querschnittes in den überwiegenden Querdurchmesser des Beckeneinganges. Demonstration. XV. Kongr. d. Deutsch. Ges. f. Gyn. zu Halle a. S. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 920.
15. Voigt, J., Abwartende Geburtsleitung. Therap. Monatsh. Nr. 6. Ref. Deutsche med. Wochenschr. p. 1278.
16. Voogd, A., Über den Einfluss des Alters auf die Dauer der Geburt bei Primiparae. Inaug.-Diss. Groningen. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1892.
17. Ziegenspeck, Diskussion zu A. Müller (10). Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. p. 539.

Wehenmittel.

1. Ballerini, Über die ekbolische Wirkung des Hypophysenextraktes. Geb.-gyn. Ges. der Marcken und der Emilia. 30. Juni 1912. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. p. 275.
2. Basset, Klinische Erfahrungen mit Pituglandol. Gyn. Ges. in Breslau. 11. Febr. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 689. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. p. 695. Mit Diskussion. (Keine schädlichen Nebenwirkungen. Einleitung von Frühgeburten wurde in drei Fällen erzielt.)
3. Basso, Dell' uso dell' estratto di ghiondola pituitaria in ostetricia e ginecologia. Annali di Ost. e Gin. Nr. 6. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. p. 202.
4. Baumm, Diskussion zu Basset (2). Zentralbl. f. Gyn. p. 690. (Die Wirkung des Pituglandol lässt oft mit der Häufigkeit der Einspritzung nach.)
5. Bondy, Diskussion zu Basset (2). Zentralbl. f. Gyn. p. 690. (Auffallend häufig kommen bei älteren Erstgebärenden Versager bei Pituitrin vor.)
6. Bosse, H., Die Vorzüge des Pituglandols für die Geburtshilfe des Praktikers. Deutsche med. Wochenschr. p. 1731. (Die zweckmässigste Zeit zur Darreichung ist die Austreibungsperiode. Pituglandol soll immer vor entbindenden Operationen injiziert werden, um eine Atonie in der Nachgeburtsperiode zu vermeiden.)
7. Buecheler, Diskussion zu Puppel (93). Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. p. 488. (Kaum ein Versager bei Pituitrin. Zu warnen ist vor Anwendung bei zu langsamer Eröffnung des Muttermundes bei Erstgebärenden.)
8. Brastow, Pituitrin in der Landpraxis. Russki Wratsch. Nr. 15. (Drei erfolgreiche Fälle.) (H. Jentter.)
9. Byford, H. T., Diskussion zu Edgar (17). Amer. Journ. of Obst. etc. July. p. 83.
10. Clifton, Edgar J., Pituitrinanwendung. The Amer. Gyn. Soc. Med. Record. Vol. 84. Nr. 5. p. 220. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1573.
11. Commandeur, Diskussion zu Fabre und Rhenter (24). Bull. p. 107.
12. Cragin, Diskussion zu Edgar (17). Amer. Journ. of Obst. etc. July. p. 84.
13. Davis, E. P., Diskussion zu Edgar (17). Amer. Journ. of Obst. etc. July. p. 82.
14. Delmas, P., Une série d'insuccès de la médication hypophysaire. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris etc. Nr. 4. p. 374. (10 Fälle von Misserfolgen bei Darreichung von Hypophysenextrakt unter der Geburt.)
15. Dickinson, R. L., Diskussion zu Edgar (17). Amer. Journ. of Obst. etc. July. p. 83.
16. Ebeler, Pituitrin als Blasentonikum. Ges. f. Gyn. u. Geb. zu Köln. 18. Dez. 1912. Zit. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Erg.-Heft. p. 338.
17. Edgar, J. C., Pituitary extract in uterine inertia. The Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 68. Nr. 1. p. 20. (Pituitrin fand in 70 Fällen Verwendung. Günstige Wirkungen wurden in der Eröffnungsperiode erzielt, während das Mittel bei Blutungen nach der Ausstossung der Plazenta nicht befriedigte. Anwendung bei Kaiserschnitt. Zur Bekämpfung der Wehenschwäche bei Abort eignet sich das Mittel nicht.)
18. Ehrlich, Diskussion zu Rübsamen (97). Zentralbl. f. Gyn. p. 776.
19. Einis, W., Über die Wirkung des Pituitrins und β-Imidazoläthylamins (Hystamins) auf die Herzaktion. Inaug.-Diss. Freiburg i. Br.
20. Eisenbach, Diskussion zum Vortrage von Schickele: Über wehenerregende Substanzen. Oberrhein. Ges. f. Geb. u. Gyn. 27. Okt. 1912. Ref. Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. 18. Heft 1. p. 160.

21. Ertl, F., Klinische Versuche mit wehenanregenden Mitteln. Münchn. med. Wochenschr. p. 973. (Versuche mit Pituitrin, Pituglandol, Sekakornin, Systogen und Glanduitrin. Systogen-Uteramin scheint nur in der Nachgeburtsperiode, nach vollkommener Entleerung des Uterus wirksam zu sein. Sekakornin eignet sich in geringen Dosen (bis höchstens 0,5 ccm) auch als wehenerregendes Mittel bei Wehenschwäche in der Eröffnungs- und Austreibungsperiode.)
22. — Wehenanregende Mittel. Verein der Ärzte in Oberösterreich. 5. Dez.. 1912. Ref. Wiener med. Wochenschr. p. 1436. (Pituitrin, Pituglandol, Sekakornin, Systogen, Glanduitrin.)
23. Espeut, G., Uterusruptur nach Pituglandol. Münchn. med. Wochenschr. p. 1774. (Uterusruptur wenige Minuten nach der zweiten Injektion von Pituglandol bei einer VIIIpara in der Austreibungsperiode. Die Wehen setzten erst nach dieser Injektion sehr stürmisch ein. Laparotomie ergab zwei grosse, seitliche, die ganze Cervix durchziehende, beiderseits weit ins Parametrium hineinreichende Risse, die sich vorn vereinigten, so dass der Uterus dort völlig abgerissen war. Exstirpatio uteri. Exitus an eitriger Peritonitis. Das Becken war nur wenig verengt — Conj. vera 10 cm — und der Kopf stand vor der Injektion mit dem grössten Durchmesser fest im Beckeneingang. Schädelumfang $37^3/_4$ cm.)
24. Fabre et Rhenter, Dix-sept observations d'injection de pituitrine au cours du travail. Réunion obstétr. et gyn. de Lyon. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris etc. p. 95.
25. Foges, A., Pituitrinanwendung in der Geburtshilfe. Arch. f. Gyn. Bd. 99. Heft 3. p. 455.
26. — Diskussion zu Wagner (113). (Pituitrin wird bereits von Hebammen angewendet.)
27. Fonyo, J., A hypophys skivonat alkalmazásáról 100 eset kapczán. Orvosi Hetilap. Nr. 21 u. 22. (In 80 von 100 Geburtsfällen hat sich Fonyo das Hypophysenextrakt sehr gut bewährt. Er gibt es subkutan und kombiniert es manchmal mit dem Morphin-Skopolamin-Dämmerschlaf. In jeder Phase der Geburt und auch bei atonischen Blutungen ist es zu empfehlen, nur darf kein räumliches Missverhältnis vorliegen und müssen die eventuell nötigen intrauterinen Eingriffe vor der Injektion vorgenommen werden.) (Temesváry.)
28. Fraenkel, L., Diskussion zu Basset (2). Zentralbl. f. Gyn. p. 689.
29. Fröhlich, A., und E. P. Pick, Zur Kenntnis der Wirkungen der Hypophysenpräparate. I.—III. Mitteilung. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharm. Bd. 74. Heft 1 u. 2. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 2747.
30. Fühner, Über die Wirkung von Pituitrin und Histamin an der isolierten Gebärmutter. Therap. Monatsh. März. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 756.
31. Gall, P., Pituglandol in der Behandlung der Placenta praevia. Zentralbl. f. Gyn. p. 334.
32. Gardlund, W., Hypophysisextrakt als wehenbeförderndes Mittel. Verhandl. d. obst.-gyn. Sekt. d. Ges. Schwed. Ärzte. Stockholm. Hygiea. Nr. 10. (Nach dem Verf. ist Hypophysisextrakt ein gutes, aber keineswegs souveränes oder völlig zuverlässiges wehenbeförderndes Mittel. Bei subkutaner Injektion von normaler Dosis scheint es keine nachteiligen Folgen für die Mutter oder das Kind hervorzurufen. Es ist nicht undenkbar, dass Asphyxie des Fötus eintreffen kann, wenn die Patientin empfindlich gegen das Extrakt ist, so dass Uterustetanie entsteht. Dass eine gewisse vermehrte Frequenz von Nachgeburtsblutungen entsteht, ist mehr als Folge von Wehenschwäche anzusehen, weil die nach Injektion entstehende Entbindung entweder spontan sehr schnell oder mit Instrumenten beendigt wird. Ein für Blutung direkt hervorragendes Mittel ist Hypophysisextrakt nicht.) (Silas Lindqvist.)
33. Gisel, A., Über die Wirkung von Pantopon und Pituglandol in der Geburtshilfe. Zentralbl. f. Gyn. p. 167. (Gisel empfiehlt die systematische kombinierte Anwendung von Pituglandol mit Pantopon. Pantopon scheint die Wirkung des Pituglandol zu verstärken. Pituglandol soll nur in der Austreibungsperiode verwendet werden. Nach Pituglandolapplikation ist Asphyxie des Kindes nie zu befürchten, ebensowenig dann, wenn selbst grössere Dosen Pantopon gegeben worden sind.)
34. Green, Ch. M., Diskussion zu Edgar (17). Amer. Journ. of Obst. etc. July. p. 84.
35. Grumann, Zur Kasuistik der Pituitrinwirkung. Münchn. med. Wochenschr. p. 1436. (Pituitrin in der Eröffnungsperiode gegeben wegen primärer Wehenschwäche bei Rigidität der Cervix. Nach vier Injektionen starker Tonus der Uterusmuskulatur, Krampfwehen von stundenlanger Dauer. Infolge stundenlangen Druckes des kindlichen

Schädels gegen das Kreuzbein Bildung einer Mastdarm-Cervixfistel. Vorhergegangen waren allerdings „verschiedene, fruchtlose Zangenversuche". Hohes Fieber.)
36. Guggenheim, M., Zur Kenntnis der Wirkung des p-Oxyphenyläthylamin. Therap. Monatsh. Bd. 26. 1912. Nov. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 45.
37. — Beitrag zur Kenntnis der Wirkung von Hypophysenextrakten (Pituglandol). Med. Klin. Nr. 19. (Bei der Untersuchung einer grösseren Zahl von normalen Tieren können stets solche gefunden werden, die gegen Hypophysenextrakte verschiedene Phasen von Immunität besitzen. Es finden sich sogar auch Tiere, die völlig immun erscheinen und überhaupt nicht reagieren. Möglicherweise entsprechen diese Immunitätserscheinungen den refraktären Fällen der gynäkologischen Praxis.)
38. Hamm, A., Diskussion zu Puppel (93). Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. p. 489. (Verwendet Pituitrin nur bei sicher entfalteter Cervix. Auch bei primärer Wehenschwäche fast immer deutlicher Erfolg.)
39. Härtel, Diskussion zu Basset (2). Zentralbl. f. Gyn. p. 690.
40. Harrison, Diskussion zu Edgar (17). Amer. Journ. of Obst. etc. July. p. 84.
41. Hauch, E., und L. Meyer, Pituitrin als Austreibungsmittel, besonders bei der Behandlung der Placenta praevia. Gyn. Rundschau. p. 132. (65 Beobachtungen. 19 Misserfolge, davon sieben Aborte, zwei Frühgeburten lange vor dem normalen Schwangerschaftsende, in drei Fällen bestanden noch keine Wehen. Das Mittel ist wirksamer gegen sekundäre als gegen primäre Wehenschwäche, völlig unwirksam zur Geburtseinleitung. Niemals nachteilige Folgen auf die Nachgeburtsperiode. Vier Fälle von Placenta praevia mit, drei ohne Erfolg mit Pituitrin behandelt.)
42 — — Pituit ary Extract as an Ecbolic. Arch. mens. d'obst. et de gyn. Nr. 10. 1912. Ref. The Brit. Med. Journ. March 29. Epitome. p. 50.
43. Heany, N. S., Beitrag zum Studium des Pituitrins. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 17. Nr. 1. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1736.
44. Hecht, A. F., und Valerie Nadel, Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung von Hypophysenextrakten mit Hilfe der Elektrokardiographie. Wiener klin. Wochenschr. p. 1927.
45. Herz, E., Hypophysenextrakte bei Placenta praevia. Zentralbl. f. Gyn. p. 1536.
46. — Ein Fall von Uterusruptur nach Pituitrin. Zentralbl. f. Gyn. p. 720. (Platt rachitisches Becken. Wehenschwäche. 1 ccm Pituitrin in der Eröffnungsperiode, wonach Wehen tetanischen Charakter annehmen. Eine Stunde nach Injektion Aufschreien und Kollaps. Zwei Stunden danach spontane Geburt eines asphyktischen Kindes. Plazenta spontan nach 10 Minuten. Hierauf Blutung. Innere Untersuchung ergibt Kolpaporhexis. Tamponade. Heilung.)
47. — Zur ungleichmässigen Wirkung der Hypophysenextrakte. Wiener med. Wochenschr. p. 2100.
48. Herzberg, Frl., Diskussion zu Basset (2). Zentralbl. f. Gyn. p. 689. (Bericht über Versuche mit Hypophysin.)
49. Hofstätter, R., Über Misserfolge und Schädigungen durch die Hypophysenmedikation. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Erg.-Heft. p. 142. (Sehr beachtenswerte umfangreiche Zusammenstellung des das Thema berührenden Materials.)
50. Holländer, J., A pituitrinröl a szülészetben. Gyógyászat. Nr. 14. (Bericht über 55 Fälle von Pituitrininjektionen in den verschiedensten Phasen der Geburt; darunter bei Placenta praevia, bei Eklampsie. Der Erfolg war bis auf sechs Fälle zufriedenstellend.) (Temesváry.)
51. Houssay, B. A., L. Giusti und C. Maag, Wirkung von Hypophysenextrakten auf die Milchsekretion. Rev. de la soc. méd. argent. Mai-Juin. Ref. Münchn. med. Wochenschrift. Nr. 2477.
52. Hüffel, A., Hypophysenextrakt als Wehenmittel. Sammelreferat. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. p. 77.
53. Hüttner, Diskussion zu Rübsamen (97). Zentralbl. f. Gyn. p. 776.
54. Jäger, F., Ein neuer, für die Praxis brauchbarer Sekaleersatz (Tenosin). Münchn. med. Wochenschr. p. 1714. (Injektionen einer Kombination von β-Imidazolyläthylamin und p-Oxyphenyläthylamin ergaben ausgezeichnete Resultate. Als Wehenmittel gegeben verstärkte das Mittel ungefähr schon nach drei Minuten die Wehen bedeutend: die Kontraktionen dauerten länger, die Wehenpausen waren verkürzt. In der Nachgeburtsperiode oder nach Ausstossung der Plazenta traten 2—5 Minuten nach Injektion heftige Kontraktionen ein, der Uterus wurde steinhart, Blutverlust sehr gering. Das Mittel leistet dem Sekale gleichwertige Dienste.)

55. Jäger, F., Versuche zur Verwendung des β-Imidazolyläthylamins in der Geburtshilfe. Zentralbl. f. Gyn. p. 265. Bayr. gyn. Ges. 9. Febr. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. p. 866. (Der „Sekale-Ersatz" ist imstande, da wo schon Wehen vorhanden sind, diese zu verstärken. Der Muttermund muss aber bei der Anwendung mindestens kleinhandtellergross sein, da sonst leicht Spasmus eintritt. Die beobachteten Nebenwirkungen mahnen zu Vorsicht bei Verwendung des Präparates als wehentreibendes Mittel. Im Wochenbett, wo ganz kleine Dosen genügen, kann es unbedenklich angewendet werden.)
56. Jardine, Diskussion zu Essen-Möller. XVII. intern. med. Kongr. in London. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. p. 456. (Sah von Pituitrin nur gute Wirkungen, insbesondere nie Nachblutungen.)
57. Kalabin, Zum Hervorrufen von Uteruskontraktionen in der Geburt mittelst Pituitrin. Prakt. Wratsch. 1912. Nr. 36. (H. Jentter.)
57a. Kamenetzky, Pituitrin als Wehenmittel. Wratsch. Gaz. Nr. 30. Sitzungsber. d. geb.-gyn. Ges. zu Kiew. (Kamenetzky hat in 40 Fällen primärer und besonders sekundärer Wehenschwäche das Parke-Davissche Präparat angewandt. Vier Versager. Sonst sehr gute Resultate. Keine Nebenwirkungen. Keine Atonie. In zwei Fällen von Nephritis ohne Schaden vertragen.) (H. Jentter.)
58. Kehrer, Diskussion zu Rübsamen (97). Zentralbl. f. Gyn. p. 776.
59. Koch, C., Kritische Betrachtung zur Frage unserer modernen Wehenmittel, mit besonderer Berücksichtigung des β-Imidazolyläthylamins. Zentralbl. f. Gyn. p. 564. (Im Wochenbett wurden von einer Lösung 1 : 500 Imidazolyläthylamin 6—20 Tropfen dreimal gegeben. Die Wirkung entsprach der des Sekakornins. Unter der Geburt wurde das Mittel subkutan gegeben, jedoch nie mehr als 1 mg. In etwa 70% der Fälle wurde unter Kopfschmerz und Pulserhöhung auftretende Hautröte beobachtet. Mit Ausnahme von drei Versagern guter, fast dem Pituitrin entsprechender Einfluss auf die Wehentätigkeit. Drei Fälle von Atonie. — Nach Pituitrin wurde eine ganze Reihe atonischer Nachblutungen gesehen. Der ausserordentlich stürmischen Wehentätigkeit nach Anwendung dieses Präparates wird die Schuld am Verluste dreier Kinder beigemessen. — Schliesslich hat Koch noch Sekakornin in den von v. Herff empfohlenen Mengen von $^1/_4$ ccm als Wehenmittel — allerdings nur in der Austreibungsperiode — angewendet. Die Wirkung auf den Fortgang der Geburt war ausgezeichnet, besonders auch dann, wenn β-Imidazolyläthylamin oder Pituitrin von geringem oder vorübergehendem Erfolge gewesen waren.)
60. Kotelnikowa, 17 Fälle von Pituitrinanwendung in der geburtshilflichen Abteilung des Landschaftshospitals zu Tschernigow. Russki Wratsch. Nr. 10. (Verf. empfiehlt das Pituitrin bei primärer und sekundärer Wehenschwäche. In Fällen, wo dennoch operativ eingegriffen werden muss, dient Pituitrin zur Vorbereitung der Geburtswege. Bei wenig eröffnetem Muttermund bringt Pituitrin keinerlei Schaden, im Gegenteil beschleunigt die Eröffnung. Die Injektionen können nach 2—5—6 Stunden wiederholt werden. Verf. hat bei Wiederholung der Injektion nach einer Stunde Pulsverlangsamung, Schweissausbruch und Übelkeit beobachtet.) (H. Jentter.)
61. Kratochvil, J., Der Hypophysenextrakt und seine Anwendung in der Gynäkologie und Geburtshilfe. Casopis lékarno ceskych. 1912. Nr. 32. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 509.
62. Kreiss, Diskussion zu Rübsamen (97). Zentralbl. f. Gyn. p. 776.
63. *Krosz, Über Erfahrungen mit Tenosin. Zentralbl. f. Gyn. p. 1587.
64. Kupferberg, H., Geburtshilfliche und gynäkologische Tagesfragen. Ärztl. Kreisverein Mainz. Sitzg. vom 14. Jan. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 1575. (Kombination von Pantopon mit Skopolamin zur Erzielung schmerzloser Geburten. — Pituitrin bei Wehenschwäche. — Sekale bei atonischen Nachblutungen.)
65. Kurdinowsky, Die Grundlagen rationeller (experimentell-klinischer) Prüfung uteriner Mittel, speziell des Pituitrin. Wratsch. Gaz. Nr. 2 u. 3. (Kurdinowsky weist auf die Ungenauigkeit der klinischen Prüfung uteriner Mittel hin, welche dadurch bedingt ist, dass Uteruskontraktionen sowohl automatisch als auch reflektorisch auftreten und auch durch psychische Emotionen ausgelöst werden können. Ein „post-hoc-propter hoc" ist hier am wenigsten angebracht. Die übliche Kontrolle der Pituitrinwirkung (klinische Kontrolle der Wehentätigkeit) ist unhaltbar, weil sie rein subjektiv ist und Zufälligkeiten freien Spielraum lässt. Dasselbe gilt von der Berechnung der Geburtsdauer. Sogar der tokodynamometrischen Untersuchungsmethode haften gewisse Nachteile an: Der Ballon an sich wirkt wehenerregend, der

Tokodynamometer verzeichnet nicht nur die Schwankungen des Intrauterindruckes, sondern auch die intraabdominellen Druckschwankungen, welche durch unzählige Momente ausgelöst werden etc. Besonders stark wird die Klarheit des Experimentes beeinträchtigt durch reflektorische Kontraktionen, welche sogar durch die Injektion an sich hervorgerufen werden kann. Diese störenden Reflexwirkungen könnten nur durch tiefe Narkose aufgehoben werden. Nur das Experiment an der isolierten Gebärmutter, wie es Verf. angegeben hat, kann das Problem einwandfrei lösen. Der weitere Schritt ist die Durchführung derselben Versuche an der Gebärmutter in vivo, wiederum nach der Methode des Verf. Durch Durchtrennung des Rückenmarks wäre die Rolle desselben klargelegt; desgleichen von eminenter Bedeutung ist die Wirkung des Pituitrins auf das Gefässsystem, was sich aus dem Vergleich des Versuches am isolierten Uterus und am Uterus in vivo ergeben würde. Das Pituitrin muss nicht nur die klinische, sondern auch die experimentelle Prüfung bestehen, ehe es den wichtigen Platz im Arsenal der Mittel einnehmen kann, der ihm allem Anschein nach gebührt.) (H. Jentter.)

66. De Lee, Diskussion Essen-Möller. 17. internat. med. Kongr. in London. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. p. 457. (Warnt vor Pituitrin bei Placenta praevia, da leicht Cervixrisse entstehen.)

67. Liepmann, W., Retentio placentae und Pituglandol. Zentralbl. f. Gyn. p. 764. (Nach zweimaligem vergeblichem Versuche einer Expressio placentae wurde 1 ccm Pituglandol gegeben: Eine starke Wehe förderte die Nachgeburt spontan zutage.)

68. Lieven, F., Zur Wirkung des Hypophysenextraktes. Zentralbl. f. gyn. p. 337. (1 ccm Pituglandol injiziert wegen Wehenschwäche bei völlig erweitertem Muttermunde. Bei einer bald einsetzenden langdauernden starken Kontraktion des Uterus sinken die kindlichen Herztöne auf 82. Mekoniumabgang. Auch nach Abklingen der Kontraktion bleiben die Herztöne dauernd unter 100, so dass schliesslich zur Rettung des Kindes die Zange angelegt werden muss.)

69. Lindemann, W., Über Wehenmittelsynthese und ein neues Wehenmittel (Präparat 197 — Roche). Berl. klin. Wochenschr. p. 2042. (Nur günstige Resultate bei einer allerdings kleinen Beobachtungsserie.)

70. — Über Natur und Verbreitung wehenerregender Substanzen im Körper. Versamml. deutsch. Naturforscher u. Ärzte in Wien. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1501 und Deutsche med. Wochenschr. p. 2017.

71. Linzenmeier, G., Die Bedeutung der Hypophysenpräparate für die Hebosteotomie. Zentralbl. f. Gyn. p. 159. (Günstige Beeinflussung des Geburtsverlaufs nach Hebosteotomie durch Hypophysenextrakt.)

72. Litzenberg, J. C., Pituitrin in der Geburtshilfe. St. Paul med. Journ. August. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1737

73. Löfqvist, R., Das Pituitrin in Geburtshilfe. Alemanna Svenska Läkart. Nr. 41. (Als ein praktisches Ergebnis von aller Erfahrung ermahnt der Verf. die physiologischen Entbindungen nach den eigenen physiologischen Regeln der Natur zu besorgen und nicht als verkürzte Pituitrinentbindungen.) (Silas Lindquist.)

74. — Untersuchungen über die Wirkung des Pituitrin bei Gebärenden. 10. Versamml. d. nord. chir. Vereins in Kopenhagen. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. p. 585. (In keinem Falle von Pituitrininjektion in der Schwangerschaft trat Geburt ein. Bei Gebärenden stellen sich krampfartige Uteruskontraktionen ein, die eine halbe Stunde andauern. Dieser tetanische Charakter der Kontraktionen wurde durch einen intrauterinen Ballon kymographisch registriert. Pituitrin ist ein tetanisches Gift, welches nicht physiologische Wehen hervorrufen kann.)

75. Löwy, Versuche über die Wirkungen des Büngerschen Sekalysats. Therapie der Gegenwart. Febr. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 703.

76. *Malinowsky, Über die Wirkung des Pituitrins auf die Uteruskontraktionen in der Geburt. Tokodynamometrische Untersuchung. Wissenschaftl. Beiträge d. kaiserl. Universität Kasan. III—IV und VI—VII. (H. Jentter.)

77. — Zur Frage über die Wirkung des Pituitrin auf die Kontraktionstätigkeit der Gebärmutter während der Geburt. Diss. Kasan. (H. Jentter.)

78. Marx, Clinical experience with pituitrine in Obstetrics and Gynaecology. Amer. Journ. of Surg. Sept. p. 344.

79. Mátyás, M., A Richter „glanduitrin" hatásáról. Gyógyászat. Nr. 35. (Bericht über 75 Geburtsfälle — darunter Placenta praevia und Eklampsie — in welchen sich

das Richtersche Hypophysenpräparat „Glanduitrin" subkutan oder intravenös verabfolgt, stets glänzend bewährte.) (Temesváry.)

80. Menge, Diskussion zu Puppel (93). Zit. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. p. 490.

81. Métránós, Károly, A glanduitrin alkalmazása a szülészetben. Budapesti Orvosi Ujság, Szülészet és Nögyógyászat. Nr. 2. (Bericht über die Anwendung des Hypophysenpräparates „Glanduitrin" in 151 Geburtsfällen; Erfolg stets sehr gut.) (Temesváry.)

82. Metzger, De l'utilisation des extraits hypophysaires. Arch. mens. d'Obst. Mai.

83. Musser, J. H., Die Wirkungen fortgesetzter Darreichung von Hypophysenextrakt. Amer. Journ. Med. Sciences. Philadelphia. Vol. 146. Nr. 3. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 2591.

84. Neu, Disskussion zu Puppel (93). Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. p. 487. (Pituglandol ist in seiner Wirkung sehr inkonstant und wirkt meist schwächer als Pituitrin. Für die Nachgeburtsperiode sind die Mittel in schwereren Fällen nicht geeignet. Hier ist das Suprarenin das souveräne Mittel.)

85. Neuwirth, K., Pituitrin in der Eröffnungsperiode. Münchn. med. Wochenschr. p. 2120. (33jährige Ipara hat seit 16 Stunden fortwährend Wehen, die fast durch keine Zwischenpausen getrennt sind. Cervix etwa 2 cm lang, Muttermund für einen Finger durchgängig, ein kleines Kopfsegment scheint eingetreten zu sein. Anamnestisch Anhaltspunkte für Rachitis. Eine Spritze Pituitrin, $2^1/_2$ Standen danach spontaner Partus.)

86. Newsorow, 28 Fälle von Pituitrinanwendung während der Geburt. Wratsch. Gaz. Nr. 44. (Newsorow bringt 28 Geburtsgeschichten. Er folgert, dass das Pituitrin ein ausgezeichnetes Wehenmittel ist und in vielen Fällen primärer und sekundärer Wehenschwäche bei lange dauernden Geburten die Zange ersetzen kann.) (H. Jentter.)

87. Pachner, F., Neuigkeiten aus der Geburtshilfe. Pituitrin. Casopis ceskych lék. Nr. 7. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 756.

88. Pankow, O., Über Wirkungen des Pituitrins (Parke, Davis & Co.) auf Kreislauf und Atmung. Arch. f. d. ges. Phys. Bd. 147. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 711.

89. Planchu, Diskussion zu Fabre und Rhenter (24). Bulletin. p. 108.

90. Polak, J. O., Diskussion zu Edgar (17). Amer. Journ. of Obst. etc. July. p. 83.

91. Porenta, R. de, Wirkung der Extrakte der Glandula pituitaria in der Geburtshilfe und Gynäkologie. Rassegna d'obst. e gin. Nr. 12. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1418.

92. Procopio, L'estratto ipofisario in 41 casi ostetrici. La Ginecologia Marzo. p. 161.

93. Puppel, Geburtshilfliche Indikationen und Kontraindikationen der Hypophysenpräparate. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. p. 399 und Mittelrhein. Ges. f. Geb. u. Gyn. 28. VI. (Erwähnenswert ist ein Fall, bei dem nach vorzeitigem Blasensprunge weder 4 g Pituglandol in 48 Stunden, noch Metreuryse Wehen herbeiführten. Wegen Fiebers wurde Hysterotom. ant. gemacht. Bei der folgenden Wendung war der innere Muttermund absolut unnachgiebig, der Uterus starr um das Kind kontrahiert. Nach der Extraktion ist der Uterusschnitt tief ins linke Parametrium weiter gerissen.)

94. Reinhard, H., Zur medikamentösen Behandlung der Wehenschwäche während der Geburt. Deutsche med. Wochenschr. p. 747. (Wenig günstige Erfahrungen mit Pituitrin und Pituglandol. Bessere Erfolge wurden mit Injektion von Secalan zur Anregung von Wehen erzielt.)

95. Rizzatti, Hypophysenextrakt als Wehenmittel. Geb.-gyn. Ges. der Marcken u. der Emilia. 30° Giugno 1912. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. p. 275.

96. Rübsamen, W., Klinisch-experimentelle Untersuchungen über die Wirksamkeit synthetischer Wehenmittel. Münchn. med. Wochenschr. p. 2724. Versamml. d. deutsch. Ges. f. Gyn. Bericht XV, 2. p. 363. (Graphische Darstellungen. Versuche mit teilweise noch nicht allgemein eingeführten und bekannten Wehenmitteln: E. VII der Firma Hoffman-La Roche.)

97. — Klinisch-experimentelle Untersuchungen über die Wirksamkeit der Wehenmittel in der Nachgeburtsperiode. Gyn. Ges. zu Dresden. 16. I. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 774. (Rübsamen stellte graphisch die Zeit des Eintrittes der Wirkungen bei den verschiedenen Applikationsarten von Glanduitrin, Pituglandol Nr. 97 und Pituitrin fest. Die Wirkung besteht in einer Regularisierung und Frequenzzunahme der Wehen und in einer allgemeinen Tonussteigerung. Bei starker atonischer Nachblutung werden Kontraktionen durch Hypophysine erreicht, wenn die üblichen Mittel nicht helfen.

Am schnellsten tritt die Wirkung bei intravenöser Injektion ein. Sechs Fälle schwerer atonischer Nachblutung konnten durch intravenöse Glanduitrinverabreichung zum Stehen gebracht werden. Hypophysenextrakt prophylaktisch im Moment der Geburt des Kindes injiziert, reduziert den Blutverlust in der normalen Nachgeburtsperiode auf ein Minimum.)

97a. Schlank, Die Hypophysenextrakte in der Geburtshilfe und Gynäkologie. Aus der Klinik von Prof. Rosner in Krakau. (Polnisch.) Przeglad Lekarski. Nr. 28, 29. (v. Neugebauer.)

98. *Schlimpert, H., Experimentelle Untersuchungen zur Physiologie der Hypophyse. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Nr. 38. p. 8.

99. Senge, J., Klinisch-experimentelle Versuche über das Wehenmittel Hypophysin. Deutsche med. Wochenschr. p. 1833. (Primäre und sekundäre Wehenschwäche, sowie postpartale Blutungen werden durch Hypophysin gut beeinflusst. Zur Einleitung der Geburt und Behandlung von Aborten eignet sich das Mittel nicht.)

100. Siguret, Studie über die Wirkung des Hypophysenextraktes. Arch. mens. d'obst. et de gyn. Dec. 1912. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1138.

101. Spaeth, F., Hat das Pituitrin einen nachteiligen Einfluss auf das Kind? Zentralbl. f. Gyn. p. 165. (Bei einer ganz normal und glatt verlaufenden Geburt in Steisslage wurde wegen Wehenschwäche zweimal 0,5 Pituitrin injiziert. Kind wurde leicht und rasch extrahiert, war aber asphyktisch; sehr langsamer Herzschlag. Es konnte nicht wiederbelebt werden. Obwohl die Nabelschnur um den Hals geschlungen war, allerdings ohne ihn zu konstringieren, nimmt Spaeth eine direkte Intoxikation an, da die Autopsie andere Ursachen für den Tod des Kindes nicht nachweisen liess.)

102. Ssemkowsky, Klinische Beobachtungen über Pituitrin. Therapeut. Obosr. Nr. 2. (26 Fälle. Nur in 11 Fällen endete die Geburt spontan. Die Verstärkung der Wehentätigkeit hielt kurze Zeit an und beeinflusste die Geburtsdauer nicht. In 4 Fällen blieb der Effekt gänzlich aus.) (H. Jentter.)

103. Sserdobow, Anwendung des Pituitrin im städtischen Geburtshaus zu Ssaratow. Wratsch. Gaz. Nr. 9. Sitzungsber. d. phys.-med. Ges. zu Ssaratow. (In 32 Fällen hat sich Pituitrin als gutes Wehenmittel bewährt. Verf. sah keinerlei Nebenwirkungen, er meint, es sei sehr angebracht bei Eklampsie. Nephritis bildet keine Kontraindikation für Pituitrin. Die geringe Zahl der Zangengeburten [20 auf 2146 Geburten] kann nur durch Anwendung des Pituitrin erklärt werden. Auf das Kind hat Pituitrin keinen Einfluss.) (H. Jentter.)

104. Stern, Diskussion zu Puppel (93). Zit. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. p. 490.

105. Stolper, L., Hypophysenextrakt und Spätgeburt. Zentralbl. f. Gyn. p. 162. (Prompte Wirkung von Pituitrin und Pituglandol zur Einleitung der Geburt in zwei Fällen von Übertragung der Schwangerschaft. Wahrscheinlich wirken die Hypophysenextrakte bei Spätgeburten eher als bei Frühgeburten, weil in den meisten Fällen von Übertragung bereits lebhafte Schwangerschaftswehen bestehen.)

106. Studdiford, W. E., Diskussion zu Edgar (17). Amer. Journ. of Obst. etc. July. p. 83.

107. Stumpf, Diskussion zu Basset (2). Zentralbl. f. Gyn. p. 690.

108. Trapl, J., Kann man den Hypophysenextrakt dem Praktiker zur Leitung der Geburt empfehlen? Casopis lékarno ceskych 1912. Nr. 32. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 45.

109. Untilow, Zur Wirkung des Pituitrins auf den isolierten Uterus. Wratsch. Gaz. Nr. 31. Sitzungsber. der geb.-gyn. Ges. zu Moskau. (Experimente am isolierten Kaninchenuterus mit Einführung eines Ballons in denselben. Durch die Gefässe wurde Pituitrin in Lockescher Lösung durchgelassen (1 : 1000). Es wurde dieselbe starke Wirkung beobachtet wie am Uterus in situ.) (H. Jentter.)

110. Vogelsberger, E., Über die künstliche Einleitung der vorzeitigen und rechtzeitigen Geburt durch Galvanisation in Verbindung mit Pituitrin. Arch. f. Gyn. Bd. 99. Heft 3. p. 609. (Das Galvanisations-Pituitrin-Verfahren kommt in erster Linie für die letzten drei Monate der Gravidität in Frage. Für Einleitung der künstlichen Fehlgeburt sind die Resultate noch nicht einheitlich, das Verfahren dürfte hier besser durch andere Massnahmen zu ersetzen sein.)

111. Vogt, E., Pituitrin in der Nachgeburtsperiode. Deutsche med. Wochenschr. p. 2401. (Sehr schnelle Wirkung erzielt Pituitrin in der Nachgeburtsperiode, wenn es intravenös — ganz langsam — injiziert wird. Es empfiehlt sich auch, das Mittel prophylaktisch bei Zwillingen, Hydramnion u. ä. gleich nach der Geburt des Kopfes zu geben. Bei Blutungen infolge teilweiser oder ganz gelöster Plazenta soll die Be-

handlung mit einer intramuskulären Injektion begonnen werden. Nachteile für die Mutter wurden nie beobachtet, obwohl gelegentlich bis zu 6 ccm Pituitrin in relativ kurzer Zeit gegeben wurden. Kontraindikationen für Pituitrin in der Nachgeburtsperiode sind: Nephritis, Arteriosklerose, Verdacht auf Koronarsklerose und dekompensierte Herzfehler.)

112. Voron, Diskussion zu Fabre und Rhenter (24). Bulletin. p. 107.

113. Wagner, G. A., Die Gefahren des Hypophysenextraktes für Mutter und Kind. Naturforscherversamml. in Wien. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1517. (Bei Erkrankungen der Koronararterien und des Herzmuskels muss vor der Anwendung von Hypophysenextrakt gewarnt werden, auch bei Eklampsie könnten die eventuell hervorgerufenen Sturmwehen ein anfallauslösendes Moment abgeben. Strikturen des Muttermundes, die hauptsächlich bei Aborten beobachtet wurden, kontraindizieren die Anwendung des Extraktes bei diesen. Das Kind kann direkt und indirekt geschädigt werden.)

114. Warnecke, K., Erfahrungen mit Pituitrin in der Geburtshilfe. Inaug.-Dissert. Göttingen.

115. Webster, J. Cl., Diskussion zu Edgar (17). Amer. Journ. of Obst. etc. July. p. 84.

116. Wellmann, E., Resultate mit Hypophysenextrakten als wehenanregende und blutstillende Mittel bei der Geburt. Inaug.-Diss. Freiburg i. Br.

117. Welz, W. E., A study of the induction and augmentation of labor pains. The Amer. Journ. of Obst. and Diseases of women and children. Vol. 68. Nr. 1. p. 1. (Welz prüfte die Versuche v. d. Heydes (s. Jahresber. 1912, p. 448) nach, indem er fötales Serum zur Einleitung der Geburt injizierte. Er kommt zu demselben Resultate und glaubt auch, dass es sich um eine Anaphylaxiewirkung handelt, dass also im Sinne v. d. Heydes allmählich fetale Stoffe in den mütterlichen Kreislauf übergehen und dort „Geburtsstoffe" [Antiköper] bilden. Auch Welz fand gelegentlich Temperatur- und Pulssteigerung. — Der zweite Teil der Arbeit befasst sich mit 30 mit Puitrin behandelten Fällen.)

118. Willette, M., R., Deux observations d'injection de pituitrine au cours du travail. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. 10. II. Ref. La Presse méd. p. 143 und Bulletin de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris etc. p. 43.

119. Zimmermann, R., Über Tenosin. (Ein neues Sekaleersatzpräparat.) Münchn. med. Wochenschr. p. 2675. (Intramuskulär verabfolgt ruft Tenosin in den meisten Fällen in kurzer Zeit kräftige, anhaltende Uteruskontraktionen hervor. Die erste Wehe tritt 2—5 Minuten nach der Injektion ein. Die Dosis betrug 1,0 g intramuskulär, bei Wöchnerinnen dreimal täglich 15—20 Tropfen. Die Wirkung kommt der des Sekaleextraktes gleich. Auch bei diesem Mittel werden Versager beobachtet.)

Schlimpert (98) prüfte am abgeschnittenen Kaninchenohre (Bissemski) die Wirkung von Extrakten, die er aus Rinderhypophysen, sowohl aus der Gesamthypophyse, wie aus Vorder- und Hinterlappen getrennt, herstellte. Das Extrakt der Gesamthypophyse der schwangeren Kuh ist in hoher Konzentration gleich stark, in starker Lösung etwas stärker wirksam als das der nichtschwangeren Kuh. Auch bei getrennter Verarbeitung ist ein Unterschied in der Wirksamkeit des Hinterlappenextrakts schwangerer und nichtschwangerer Tiere nicht festzustellen. Die Vorderlappen schwangerer und nichtschwangerer Tiere zeigten auch gleiches Verhalten. Ferner wurden Versuche mit Extrakten aus getrockneten Hypophysen angestellt. Hinterlappenextrakt ergab eine deutliche Wirkung, während Vorderlappenextrakte derselben Hypophysen gar keinen Ausschlag am Versuchsobjekt erkennen liessen. Hypophysin findet sich also ausschliesslich im Hinterlappen, auch nicht in den dem Hinterlappen entwickelungsgeschichtlich nahestehenden Hirnabschnitten. Wie Schlimpert durch Untersuchung der Hypophysen von Rinder- und Menschenembryonen feststellen konnte, findet sich Hypophysin beim Rind schon in der zehnten Woche, bei menschlichen Föten im sechsten Monat. Das Hypophysin wurde durch die vasokonstriktorische Wirkung am Kaninchenohr festgestellt. Um bei den embryonalen Organen den Einfluss eventuell vorhandener anderer vasokonstriktorischer Substanzen — Fäulnisprodukte, Histamin u. ä. — auszuschalten, wies

Schlimpert das Hypophysin hier noch durch seine Beeinflussung der Atmung nach. Die vorher regelmässigen Atemzüge werden nach intravenöser Einspritzung immer kleiner, es kann zu vorübergehendem Atemstillstand kommen, bis schliesslich die Atemexkursionen wieder zur Norm ansteigen. Dieser Vorgang kann sich bei einem Versuche, je nach der Stärke der Lösung, wiederholen.

Krosz (63) teilt seine Erfahrungen mit Tenosin an der Hand von 50 Fällen mit. Tenosin ist eine Mischung von 0,0005 g β-Imidazolyläthylamin und 0,002 g p-Oxyphenyläthylamin. Es wurde 38 mal nach Geburt des Kindes und 12 mal nach Ausstossung der Nachgeburt 1 ccm intraglutäal injiziert, und zwar in 44 Fällen mit gutem Erfolge. Spätestens 6 Minuten nach der Injektion begannen energische Uteruskontraktionen, der Blutverlust war meist ein ganz geringer. Etwa $^1/_2$ Stunde nach der Einspritzung sank die Häufigkeit der Wehen, der Uterus behielt aber auch jetzt in den Wehenpausen einen guten Tonus. Die leichte Reizbarkeit des Uterus nach den Injektionen war auffallend. In $^2/_3$ der Fälle war die Nachgeburt innerhalb 9 Minuten gelöst, in keinem Falle wurde ein Zurückbleiben der Eihäute wahrgenommen. 5 mal war die Tenosininjektion ohne deutliche Wirkung. Nebenerscheinungen bedenklicher Natur wurden nicht beobachtet. Im Wochenbett wurde Tenosin per os gegeben, auch bei Aborten scheint es ein brauchbarer Sekaleersatz zu sein.

Malinowsky (76) hat an 50 Kreissenden Versuche mit einem modifizierten Schatzschen Tokodinamometer angestellt: 23 mal an Erst-, 27 mal an Mehrgebärenden. Von den zahlreichen Schlusssätzen seien folgende hervorgehoben: Pituitrin ist zweifellos ein spezifisch auf den Uterus wirkendes wehenverstärkendes Mittel. Bei richtiger Dosierung und richtiger Wahl der Fälle behält die Kontraktionstätigkeit der Gebärmutter ihren physiologischen Charakter. Als Optimum für die Wirkung des Pituitrins ist die Austreibungsperiode und das Ende der Eröffnungsperiode zu betrachten. In dieser Zeit ist das Pituitrin ein sicheres und ganz ungefährliches Mittel. Am Anfang der Eröffnungsperiode weist das Pituitrin das Maximum seiner negativen Eigenschaften bei schwachem Effekte auf. In diesem Stadium der Geburt können die Kontraktionen in keinem Falle physiologisch genannt werden. Die tokodinamometrische Kurve bildet eine Übergangsform von der physiologischen zur tetanischen (die Kontraktionen werden häufiger, bei stark erhöhtem Intrauterindruck, ihre Dauer wird kürzer, in der Pause ist der Intrauterindruck, wenn auch wenig, erhöht). Die Dauer der Pause wird verkürzt. Der mittlere Maximaldruck in der Wehe, sowie der relative Druck werden erhöht. Dass Pituitrin besser nach Abfluss des Fruchtwassers wirkt, konnte nicht konstatiert werden. Sog. „Sturmwehen" werden fast in jedem Falle beobachtet, sie sind besonders stark ausgeprägt in den Anfangsstadien der Eröffnungsperiode. Die mittlere Dauer solcher tetanusähnlicher Wehen ist 10—15 Minuten. Übrigens scheinen solche Sturmwehen keinerlei schädlichen Einfluss zu haben. Im Beginn der Eröffnungsperiode, bei Erstgebärenden bei stehender Blase, bei Mehrgebärenden ausserdem noch bei Rigidität der Weichteile, kann Pituitrin einen echten Tetanus uteri hervorrufen. Malinowsky sah ihn 5 mal, die mittlere Dauer betrug 18 Minuten. Ein derartiger Tetanus tritt nur nach der ersten Injektion auf; wiederholte Injektionen lösten niemals tetanische Wehen aus. Die Herztöne der Föten fielen bis 80—60, erholten sich aber sehr bald und die Kinder wurden ohne Asphyxie geboren. Genügende Dosis ist 1,0, Maximaldosis beträgt 1,5. Wiederholte Dosen ergaben immer den gewünschten Effekt, und der Unterschied zwischen der ersten Injektion und den wiederholten ist nur ein quantitativer. Die Wirkung des Pituitrin tritt nach 2—10 Minuten ein, im Mittel nach 5—8 Minuten nach der Injektion. Die Stelle der Injektion ist irrelevant. Die Wirkung einer Dosis von 1,0 hält ungefähr eine Stunde an. Auf 50 Fälle hatte Malinowsky 3 Versager. Die Nachgeburtsperiode und das Wochenbett verliefen in allen Fällen ohne Komplikationen. Die Nachgeburt kam spontan.

Atonie wurde nicht beobachtet. In 2 Fällen sah Malinowsky Erbrechen, Herzklopfen, Blässe, Angstgefühl. Erkrankungen des Herzens und der Nieren erfordern Vorsicht bei der Anwendung von Pituitrin. (H. Jentter.)

Nachgeburtsperiode.

1. Heckner, F., Beiträge zur Anatomie des Gefässverschlusses post partum. Inaug.-Diss. Heidelberg. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 874.
2. Krosz, Über Erfahrungen mit Tenosin. Zentralbl. f. Gyn. p. 1587. (Siehe „Wehenmittel", Nr. 63.)
3. Liepmann, W., Retentio placentae und Pituglandol. Zentralbl. f. Gyn. p. 764. (Siehe „Wehenmittel", Nr. 67.)
4. Reber, K., Zur Behandlung der Nachgeburtsperiode. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte. Nr. 8. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1372. (Halten der Gebärmutter ist vorteilhaft, vor dem Reiben ist streng zu warnen.)
5. Reich, J., Zum Artikel Ahlfelds: „Hand von der Gebärmutter". Zentralbl. f. Gyn. p. 124. (Polemik gegen den im Bericht 1912 p. 451 referierten Artikel.)
6. Rübsamen, Klinisch-experimentelle Untersuchungen über die Wirksamkeit der Wehenmittel in der Nachgeburtsperiode. (Siehe „Wehenmittel", Nr. 96 u. 97.)
7. Scherbak, L., Leichtes Erkennen kleinster Plazentardefekte. Münchn. med. Wochenschrift. p. 1327. (Begiessen der Plazenta mit heissem, am besten kochendem Wasser: das der mütterlichen Seite der Plazenta anklebende Blut wird viel dunkler, tiefbraun bis bräunlichschwarz, alles Plazentargewebe viel lichter, graurötlich oder rosafarbig, die Decidua zu einer grauen, gelblichen, manchmal bläulichen oder graugrünen, deutlich sichtbaren samtigen Schicht. Die kleinsten aus dieser Schicht fehlenden Stückchen sind durch den Farbenkontrast klar.)
8. Solowij, A., Über die Kontrolle des Verhaltens der Gebärmutter in der Nachgeburtsperiode und in den ersten drei Stunden nach derselben. Zentralbl. f. Gyn. p. 457. (Sofort nach Geburt des Kindes werden vier Finger einer Hand oberhalb des Fundus des Uterus aufgelegt. Sie dienen nur dazu, die obere Uterusgrenze möglichst sanft zu fühlen, ein mechanischer Reiz wird also nicht ausgeübt. So wird auch nach Abgang der Plazenta weiter kontrolliert. Die Hebamme soll die Überwachung bis zu drei Stunden nach der Nachgeburtsperiode ausdehnen. Sobald eine Stunde auf den Abgang der Plazenta vergeblich gewartet wurde, ist der richtige Moment gekommen, sie durch Credéschen Handgriff zu exprimieren.)
9. Vogt, E., Pituitrin in der Nachgeburtsperiode. (Siehe „Wehenmittel", Nr. 111.)

Narkose der Kreissenden.

1. Cloetta, M., Über die Wirkung des Skopolamins. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharm. Bd. 71. Heft 4. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 937.
2. Drews, H., Über die Anwendung des Narkophins in der Geburtshilfe. Zentralbl. f. Gyn. p. 717. (Gutes Mittel zur Linderung des Wehenschmerzes, jedoch drohen dem Kinde oft schwere Gefahren.)
3. Gisel, A., Über die Wirkung von Pantopon und Pituglandol in der Geburtshilfe. (Siehe „Wehenmittel", Nr. 33.)
4. Haarbleicher, M., Die Verwendung von Skopolamin und Morphium bei Entbindungen. Assoc. of Registered Medical Women. Sitzg. vom 7. Jan. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 957. (Beobachtungen aus der Krönigschen Klinik.)
5. Huber, J., Die Erfahrungen der Strassburger Frauenklinik mit Geburten im sog. Dämmerschlaf. Inaug.-Diss. Strassburg 1912. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 795.
6. Jaschke, R. Th., Über die Verwendung des Narkophins in der Geburtshilfe. Münchn. med. Wochenschr. p. 72. (Erfahrungen bei 45 Fällen. Manchmal war schon nach $^1/_4$ Stunde eine deutliche Wirkung in Form psychischer Beruhigung nachweisbar. Puls und Atmung blieben unverändert, ebenso blieben die kindlichen Herztöne unbeeinflusst. Auf der Höhe der Narkophinwirkung, die ziemlich genau nach drei Stunden erreicht ist, eintretendes Nachlassen der Wehen konnte ausnahmslos durch Pituitrin oder ähnliches aufgehoben werden. Schon nach $^1/_2$ Stunde nach der Injektion werden

die Wehen deutlich weniger schmerzhaft und die Frauen äussern keinerlei Schmerzlaute. Die Wehen bleiben aber unverändert kräftig. Störungen im weiteren Geburts- oder Wochenbettsverlauf kamen nicht zur Beobachtung. Eine Amnesie über den Geburtsvorgang, wie im Dämmerschlaf, erzeugt das Mittel nicht.)
7. Keim, K. F., Die Skopolamin-Morphium- und die Skopolamin-Pantoponnarkose in Verbindung mit Inhalationsanästhetizis. Inaug.-Diss. Heidelberg.
8. Kupferberg, H., Geburtshilfliche und gynäkologische Tagesfragen. (Siehe „Wehenmittel", Nr. 64.)
9. Long, C., Die Verwendung von Skopolamin und Morphium bei Entbindungen. Assoc. of Registered Medical Women. Sitzg. vom 7. Jan. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 957. (Guter Erfolg bei 15 Fällen.)
10. Sieber, H., Zur Skopolaminfrage. Zentralbl. f. Gyn. p. 496. (Sieber ist Gegner der Anwendung des Skopolamins.)
11. Siegel, P. W., Der Dämmerschlaf in der Geburtshilfe mit konstanten Skopolaminlösungen. Münchn. med. Wochenschr. p. 2280. ($1^1/_2$ Jahre altes nach Straub (13) konserviertes Mannit-Skopolamin hatte nicht an biologischer Wirksamkeit verloren. Das Präparat liefert Hoffmann-La Roche unter dem Namen „Skopolamin haltbar".)
12. Slawyk, Gertrud, Unsere chemisch-pharmakologischen Kenntnisse vom Skopolamin. Inaug.-Diss. Freiburg 1912. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. p. 86.
13. Straub, W., Über Zersetzung und Konservierung von Skopolaminlösungen. Münchn. med. Wochenschr. p. 2279. (10%iger Mannitzusatz wirkt konservierend auf Skopolaminlösungen. Siehe Siegel [11].)
14. Tohner, A., Zur Geschichte der Narkose bei Spontangeburt. Inaug.-Diss. Freiburg 1911. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. p. 131.
15. Voll, A., Schmerzlose Entbindungen. Münchn. med. Wochenschr. p. 300. (Zur Beseitigung der Schmerzen bei Durchschneiden des Kopfes wird nach Desinfektion des Dammes mit Benzin 1 ccm einer Lösung von Kokain mit Adrenalin- oder Suprareninzusatz 2 cm vom freien Rand des Dammes eingespritzt unter langsamem Entleeren der Spritze gegen den Damm.)
16. Zinsmeister, A., Beeinflussung der Wehentätigkeit durch Skopolamin-Pantopon- und Skopolamin-Narkophin-Injektionen. Inaug.-Diss. München. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. p. 86.

V.

Physiologie des Wochenbettes.

Referent: Privatdozent Dr. A. Hamm, Strassburg.

I. Physiologie und Diätetik der Wöchnerin.

I. Allgemeines.

1. Bellegarde, P. de, Le repos des femmes en couches. Rev. philanthrop. Tome 33. p. 677—683. (Begründung des neuen Gesetzes (vom 30. Juli 1913) in Frankreich zur Schonung der Wöchnerinnen sowie zu materieller Unterstützung.)
2. Bilsted, E., Galaktorré und Amenorré. (Galaktorré mit Amenorré.) Ugeskrift for Laeger. Kopenhagen. p. 1125—1127. (Die nach einer Geburt entstandene Amenorré geheilt durch wiederholte Saugungen nach Bier von Portio vaginalis uteri.) (O. Horn.)
3. *Bouchacourt, L., Est-on autorisé à penser que la pratique du lever précoce des accouchées retarde l'involution utérine et favorisé la production des thromboses et des embolies? Rev. mens. de gyn., d'obst. et de péd. Tome 8. p. 5—18.

4. *Bouchacourt, L., Sur les divers éléments de la technique rationnelle du traitement myogénétique et ambulatoire des suites de couches. Rev. mens. de gyn., d'obst. et de péd. Tome 8. p. 73—85.
5. Bouffe de Saint-Blaise, A propos du lever hâtif des accouchées. Rev. mens. de gyn., d'obst. et de péd. Tome 8. p. 1—4. (Inhaltlich dasselbe wie 1912, p. 519. Nr. 8.)
6. — De la situation de l'utérus après l'accouchement à terme et pendant les suites de couches immédiates et tardives. Paris méd. p. 541—547. (Bei starker Erschlaffung der Beckenbodenmuskulatur infolge Levatorrisses legt Bouffe de Saint-Blaise tiefe Nähte durch die Haut.)
7. *Brommer, Über die Behandlung der Bauchdecken und des muskulären Beckenbodens bei Wöchnerinnen mittelst des Bergoniéschen Verfahrens. Münchn. med. Wochenschrift. Bd 60. p. 2325—2326.
8. *Davis, E. N., Involution of the uterus, or the care of the puerperium. Journ. of the Arcansas med. Soc. Vol. 9.
9. *Hannes, W, Die Bedeutung der Gonorrhoe für die Wochenbettsdiätetik. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 73. p. 528—537.
10. Jaschke, R. Th., Die Beziehungen von Blutbeschaffenheit und Blutkreislauf zu Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 1. p. 725—726. (Übersichtsreferat.)
11. Jabludowsky, Ein Fall von Blutung aus der Milchdrüse. Wratsch. Gaz. Nr. 51. Sitzungsber. der chir. Ges. zu Moskau. (Die Blutung dauert bereits zwei Jahre. Letzte Laktation vor neun Jahren. Makroskopisch keine Veränderungen.) (H. Jentter.)
12. Karnitzky, Sekakornin-Roche im Wochenbett. Wratsch. Gaz. Nr. 34. (Karnitzky hat Beobachtungen angestellt an Wöchnerinnen, welchen nach der ersten Injektion Sekakornin, letzteres täglich in Tropfen verabreicht wurde, ferner solchen, die täglich Sekakornin subkutan bekommen haben und endlich Wöchnerinnen, welche Sekale in Pulverform brauchten. Sekakornin-Roche ist dem Sekale in der Geburtshilfe vorzuziehen, sowohl bei Atonie der Gebärmutter, als auch als Prophylaktikum zur besseren Involution im Wochenbett, besonders in Fällen, wo die Wöchnerin aus diesem oder jenem Grunde früh das Bett verlassen muss.) (H. Jentter.)
13. *Knapp, L., Klinische Untersuchungen zur Beurteilung des Spätwochenbettes, mit besonderer Berücksichtigung des Einflusses des „Frühaufstehens“. Arch. f. Gyn. Bd. 100. p. 540—600.
14. Nagel, Über die Blutgefässe des puerperalen Uterus. 17. internat. med. Kongr. London. Sekt. f. Geb. u. Gyn. 6.—12. August. (Mitteilung der Ergebnisse über die Blutversorgung des puerperalen Uterus nach Injektionspräparaten.)
15. Petermöller, F., Hoher Puls, ein Hinweis auf die bestehende Gefahr „der Embolie“. Ein Fall von Embolia arteriae centralis retinae. Frauenarzt. Bd. 18. p. 50—52. (Mitteilung von vier Fällen letaler Embolie im Puerperium. Alle vier waren operativ entbunden worden, drei verliefen afebril, bloss in einem Falle am zweiten und dritten Tage über 39°, hingegen Pulsfrequenz dauernd erhöht. Petermöller warnt vor dem Aufstehen bei hochbleibendem Puls.)
16. Progulski, Über Konservierung weiblicher Milch und deren Anwendung. Lwowski Tygodnik Lekarski. Nr. 5. p. 65. (Polnisch.) (v. Neugebauer.)
17. Rogow, Hypertrophie der Brustdrüsen in der Schwangerschaft. Wratsch. Gaz. Nr. 9. (Die enorme diffuse Hypertrophie der Brustdrüsen wurde bei derselben Frau im Laufe dreier Schwangerschaften beobachtet. Die erste Schwangerschaft verlief normal; während der zweiten und dritten Schwangerschaft fingen die Drüsen in der zweiten Hälfte der Gravidität an zu hypertrophieren. Nähren konnte Patientin erst nach Verlauf eines Monats, als die Brüste begannen, kleiner zu werden. Während der vierten Schwangerschaft kam Patientin wieder in die Klinik. In stehender Lage reichen die Brüste bis zwei Finger unterhalb des Nabels. Die rechte Brust ist grösser als die linke. Der mittlere Querdurchmesser: 50—44 cm; der Längsdurchmesser 43—40 cm; die Zirkumferenz an der Basis 48—45 cm, der maximale Umfang 70—65 cm; der Diameter der Areola 8—7 cm. Die Masse besteht aus Drüsenlappen und Bindegewebe. Die Brüste sind schmerzhaft; die Warzen sind flach, scheiden Kolostrum aus. Die Verkleinerung der Drüsen begann fünf Tage p. p. Zwei Monate nach der Geburt waren sie von normaler Grösse.) (H. Jentter.)

Weniger hinsichtlich seines Einflusses auf Thrombose und Embolie, als auf die Rückbildung des Uterus, sowie die Kräftigung des Beckenbodens und

der Bauchdecken wird die Zweckmässigkeit des Frühaufstehens der Wöchnerinnen immer noch diskutiert. So hat Knapp (13) an 100 gesunden, stillenden Wöchnerinnen in regelmässigen Zeitintervallen bis zur sechsten Woche, zum Teil noch darüber hinaus, Untersuchungen über den Einfluss des Frühaufstehens auf die Lage und Involution des Uterus im Spätwochenbett angestellt. Er konnte feststellen, dass Rückwärtslagerungen des Uterus im Wochenbett häufiger vorkommen als gemeinhin angenommen wird, am meisten bei Erstgebärenden sowie Spätaufgestandenen. Bei etwa einem Drittel dieser Fälle tritt aber Spontanaufrichtung ein. Längere Bettruhe verzögert die Uterusinvolution, verzögerte Rückbildung begünstigt die Rückwärtslagerung; eine Hyperinvolution des Uterus findet sich am häufigsten bei Erstgebärenden, Frühaufgestandenen und Stillenden. Auch bei Hyperinvolution kommt nicht selten Retroflexio vor; diese besteht oft längere Zeit ohne jegliche Beschwerden und kann spontan wieder verschwinden.

Auch Bouchacourt (3) gibt an, dass ein günstiger Einfluss des Frühaufstehens auf die Uterusinvolution unverkennbar sei, allerdings will er diesen günstigen Einfluss erst vom sechsten Tage ab gesehen haben, während er bei Frauen, die vor diesem Tage aufstanden, sogar eine Verzögerung der normalen Rückbildungsvorgänge gesehen haben will. Davis (8) hingegen will einen günstigen Einfluss des Frühaufstehens nicht anerkennen. Er widerrät auch das Anlegen einer Leibbinde länger als 24 Stunden post partum, da dadurch die Entstehung einer Retroflexio uteri begünstigt würde. Sehr beherzigenswert erscheint die Warnung von Hannes (9) vor dem Frühaufstehen gonorrhoischer Puerperae. Da gerade zwischen dem 5.—10. Wochenbettstage das Aufsteigen der Gonokokken in den Uterus und die Tuben stattfindet, so muss zur Vermeidung der gonorrhoischen Infektion strenge Bettruhe in solchen Fällen doch wohl als das beste Prophylaktikum angesehen werden.

Eine zusammenfassende Besprechung der zur Anregung der physiologischen Rückbildungsvorgänge der Genitalien, speziell auch der zur Stärkung der Bauchmuskulatur geeigneten Massnahmen finden wir bei Bouchacourt (4). Er empfiehlt bereits vom ersten Wochenbettstage an viel Bewegungen im Bett und leichte gymnastische Übungen; auch vorübergehendes Einnehmen der Bauchlage, die besonders bei bestehendem Meteorismus sich bewähre. Faradisation des Uterus und Massage des Abdomens befördern die Rückbildungsvorgänge und dürften bei Subinvolutio uteri, natürlich unter Voraussetzung der Abwesenheit fieberhafter Prozesse, durchaus angebracht sein. Dasselbe Ziel verfolgt die Anwendung des zu Entfettungskuren angegebenen Bergoniéschen Verfahrens bei Wöchnerinnen. Brommer (7) konnte an dem Material der Erlanger Frauenklinik zeigen, dass mit dem zweckentsprechend modifizierten Bergonié-Verfahren die Rückbildung der Bauchdecken sowie die Stärkung der Beckenbodenmuskulatur wirksam unterstützt wird. Infolge der Steigerung der Stoffwechselvorgänge hebt sich gleichzeitig der Appetit, ferner wird die Darmperistaltik wirksam angeregt. Also auch im Wochenbett stellt das Verfahren eine willkommene Bereicherung unserer physikalischen Heilmethoden dar.

2. Milchsekretion, Stillen.

1. *Auché, B., Le lait des femmes tuberculeuses. Compt. rend. hebdom. des séances de la soc. de biol. Tome 75. p. 594—596.
2. Audebert et Etchevers, De la tension artérielle pendant la montée du lait. Ann. de gyn. et d'obst. Tome 10. p. 588—592. (An der Hand von fünf Kurven wird illustriert, dass zur Zeit der beginnenden Milchsekretion eine typische Steigerung der Blutdruckkurve nachweisbar ist.)
2a. — — De la tension artérielle pendant la montée du lait. Bull. de la soc., d'obst. et de gyn. de Paris. Tome 2. p. 309—314. (Angebliche Steigerung des arteriellen Blutdrucks mit dem Beginn der Laktation. Ist das Stillgeschäft dann im Gang, so fällt der Blutdruck zur Höhe, auf dem er nach der Geburt gestanden.)

3. *Bacon, Ch. S., What should be done with tuberculous puerperal and their children? Illinois med. Journ. Vol. 23. p. 141—146.
4. *Bamberg, K., Zur Physiologie der Laktation mit besonderer Berücksichtigung der chemischen Zusammensetzung der Frauenmilch milchreicher Frauen und des Einflusses der Menstruation. Jahrb. f. Kinderheilk. Orig. Bd. 6. p. 424—438.
5. *Bremme, W., Über Selbststillen von Grossstadtmüttern. Deutsche Viertelj. f. öff. Gesundheitspfl. Bd. 45. p. 397—420.
6. *Cozzolino, O., Zur Frage: „Stillen bei Muttertuberkulose". Arch. f. Kinderheilk. Bd. 60—61. p. 221—241.
7. *Devillé, G., Sur la disparition du colostrum chez les parturientes. Arch. internat. de méd. lég. Tome 4. p. 60—93.
8. Davidsohn, H., Über die Reaktion der Frauenmilch. Zeitschr. f. Kinderheilk. Orig. Bd. 9. p. 11—18. (Durch elektrometrische Messung lässt sich zeigen, dass die Reaktion der Frauenmilch spurweise sauer, etwas saurer als Blut und ein wenig alkalischer als Kuhmilch ist.)
9. *Disney, H. D. Cran, Breast feeding: Dr. Variots teaching. The Lancet. Vol. 184. p. 1659—1660.
10. *Forsyth, David, Breast feeding: the consumption of breast-milk. The Lancet. Vol. 184. p. 1656—1657.
11. *Frost, C. A., Nerves and the nursing mother. Amer. Journ. of Obst. Vol. 67. p. 1261 bis 1264. Arch. of Pediatr. Vol. 30. p. 608—610.
12. *Frühinsholz, M. A., Présentation d'un tire-lait biberon. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Nr. 4. p. 395.
13. Fuchs, Demonstration einer Warzenkappe zur Applikation von Salben auf die wunde Warze, sowie zur Verhinderung des Milchflusses. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. p. 524—525.
14. *Gavin, W., On the effects of administration of extracts of pituitary body and corpus luteum to milch cows. Quart. Journ. of exp. Phys. Vol. 6. p. 13—16.
15. *Hammond, J., The effect of pituitary extract on the secretion of milk. Quart. Journ. of exp. Phys. Vol. 6. p. 311—338.
16. *Hirsch, G., Die Gründe des Nichtstillens und die Frage der Stillfähigkeit. Der Frauenarzt. Bd. 28. p. 386—398.
17. Hjort, J., En merkelig dósaarsag hos et spaedbarn. (Eine sonderbare Todesursache bei einem Neugeborenen.) Norsk. Mag. for Laegevidenskaben. p. 204. (Ein acht Tage altes Neugeborene starb an Erstickung wegen Aspiration von Muttermilch etwa 16 Stunden nach dem Fehlschlucken. Durch die Autopsie konnte keine andere Todesursache nachgewiesen werden als Erstickung infolge von Milchresten, die bis in die feinsten Bronchien hinein vorgefunden wurden.)
18. *Houssay, B. A., L. Guisti und C. Maag, Wirkung der Hypophysenextrakte und ihres aktiven Prinzips auf die Milchsekretion. Rev. soc. méd. Argentina. Tome 21. p. 365—385. (Spanisch.) Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 3. p. 710.
19. Huet, J. G., Inolved van Malztropon op de sogafscheiding. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. Nr. 18. p. 1267. (Hält auf Grund klinischer Beobachtungen das Malztropon als milchbeförderndes Mittel für völlig wertlos; diese Ansicht wird von den meisten Diskussionsrednern geteilt.)
20. *Mc. Ilroy, Louise, Über die Mammasekretion beeinflussende Faktoren. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1397.
21. Juhle, A. J., Beitrag zur Kenntnis der Hypertrophia mammae. Nord. med. Ark. Kirurgi. Bd. 45. Heft 2, 4. (Fall von Hypertrophie beider Mammae mit enorm raschem Wachstum zur Zeit der ersten Gravidität. Im Röntgenbilde keine Hypophysenveränderungen nachweisbar. Ablatio beider Mammae. Die Funktion der Drüse steht in solchen Fällen in keinem Verhältnis zu ihrer Grösse: meist normale, oft sogar verminderte Milchmengen geliefert.)
22. *Kaupe, W., Schwierigkeiten beim Stillen. Zeitschr. f. Säuglingsschutz. Bd. 5. p. 186—187.
23. *Krüger, Warzenpflege in der Schwangerschaft. Gyn. Ges. in Breslau. Ref. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. p. 867.
24. *Langstein, L., F. Rott und F. Edelstein, Der Nährwert des Kolostrums. Ein Beitrag zur Frage des Energiebedarfs des Säuglings in den ersten Lebenstagen. Zeitschrift f. Kinderheilk. Orig. Bd. 7. p. 210—225.

25. Marfan, La ration alimentaire de l'enfant au sein. Nourrisson. Tome 1. p. 65—74. (Besprechung seiner uns etwas veraltet erscheinenden Stillprinzipien: 7—8 Mahlzeiten, neun Monate lang stillen, Nahrungsbedarf nicht nach dem Gewicht, sondern nach dem Alter bestimmen.)
26. *Moussous, A., et E. Leuret, Le sevrage normal. Prov. méd. Tome 26. p 351—355.
26a. *— — Les sevrages anormaux. Prov. méd. Tome 26. p. 381—385.
26b. *— — Les accidents du sevrage. Prov. méd. Tome 26. p. 422—424.
26c. — — Le sevrage. Sem. gyn. Tome 18. p. 198—201. (Zusammenfassung der drei obigen Artikel.)
27. *Naish, Lucy, Breast feeding: its management and mismanagement. The Lancet. Vol. 184. p. 1657—1659.
28. *Neter, E., Über einige Schwierigkeiten beim Stillen. Zeitschr. f. Kinderpfl. Bd. 8. p. 281—285.
29. *Niklas, F., Zur Frage der Plazentarhormone und der Verwendung von Plazentarsubstanzen als Laktagoga. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Erg.-Heft. p. 60—89.
30. *Opitz, E., Kann die Milch der eigenen Mutter dem Säugling schädlich sein? Verhandl. d. XV. Vers. der deutsch. Ges. f. Gyn. p. 475—486.
31. Ostrowski, St., Die Engel-Turnausche Reaktion bei Brustkindern. Jahrb. f. Kinderheil. Bd. 77. p. 575—579. (Ostrowski spricht der Engel-Turnauschen Urinprobe (schwarze Trübung durch Silbernitratzusatz beim Brustkind, weisse Trübung beim künstlich genährten Kind) eine gewisse Bedeutung zu; bei 156 Brustkindern war sie bloss sechsmal negativ, bei ausschliesslich mit Flasche ernährten Kindern nur ein einziges Mal positiv.)
32. Risel, H., Zur Laktation der Frau. Med. Ges. Leipzig. 11. Febr. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 673. (Die Nahrungsmengenkurve des Kindes ist nicht gleichbedeutend mit der Laktationskurve der Mutter, wie die Erfahrungen an Säuglingsanstalten beweisen, wo durch die gesteigerte Inanspruchnahme der Ammen die gelieferte Milchmenge (2—2½ Liter pro Tag) das Nahrungsbedürfnis des Säuglings um das Doppelte bis Dreifache übersteigen kann. Richtige Technik des Anlegens sehr wichtig.)
33. *Schäfer, E. A., On the effect of pituitary and corpus luteum extracts on the mammary gland in the human subject. Quart. Journ. of exp. Phys. Vol. 6. p. 17—19.
34. *Schickele, G., Das Wachstum der Milchdrüsen und die Milchsekretion. Beitrag zur Lehre der inneren Sekretion. Vortrag, gehalten im Naturwiss.-med. Verein zu Strassburg am 13. Dez. 1912. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 561—562.
35. Sigwart, Zur Frage der Milchsekretion bei fehlenden inneren Genitalien. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 73. p. 297—300.
36. Thiemich, Die Amenorrhoe der Stillenden und ihr Einfluss auf die Neukonzeption. Med. Klin. Bd. 9. p. 2065—2066. (Über die Hälfte der stillenden Frauen sind amenorrhoisch, nur selten erfolgt während dieser Zeit eine Neukonzeption. Die Laktation bedingt somit immerhin einen nicht unverkennbaren relativen Schutz gegen neue Gravidität.)
37. *Variot, G., Micromastie avec lactation abondante chez une nourrice. Gaz. de gyn. Tome 28. p. 65—66.
38. *White, J. A., Cotton-seed extract and pituitary extract during lactation. Pract. Vol. 91. p. 422—423.
39. Zubrzycki, J. v., und R. Wolfsgruber, Normale Hämagglutinine in der Frauenmilch und ihr Übergang auf das Kind. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 39. p. 210—212. (Es lassen sich in der Frauenmilch regelmässig Hämagglutinine nachweisen, und zwar verhält sich die Agglutinationskraft verschiedenen Blutarten gegenüber verschieden. In den ersten Tagen post partum finden sich bedeutend mehr Hämagglutinine als später, sie bleiben bei Erstgebärenden länger und in grösserer Menge erhalten als bei Mehrgebärenden. Im Serum des Neugeborenen sind sie bis zum 14. Tage nicht nachzuweisen, sie werden also entweder vom kindlichen Verdauungstrakt nicht resorbiert oder aber zerstört.)

Ein mit Recht noch viel umstrittenes Problem ist die Frage des Einflusses der innersekretorischen Drüsen auf die Funktion der Mamma. Das ganze bisher vorliegende experimentelle Material besprach Schickele (34) in seinem Vortrage im Naturwissenschaftlich-medizinischen Verein zu Strassburg unter Heranziehung eigener Versuche; danach kann von einer befriedigenden Lösung der

Frage noch keineswegs die Rede sein. Auch die früher vertretene Ansicht, dass die Milchsekretion in irgend einem Zusammenhang mit der Involution der inneren Genitalien stehe, erhielt einen starken Stoss durch die Mitteilung Sigwarts (35), der bei einer 21 jährigen Zweitgeschwängerten kurz nach der wegen Cervixkarzinoms ausgeführten Totalexstirpation des Uterus mit Adnexen eine so reichliche Milchsekretion auftreten sah, dass die Brüste hochgebunden werden mussten. Der Fall ist auch ein Argument gegen die Theorie Baschs, dass durch die Wehentätigkeit eine grosse Menge von Reizstoffen von der Plazenta aus in die mütterliche Blutbahn eingepresst werde und dadurch die Milchsekretion anrege.

Ausgiebige Versuche über die Einwirkung der Plazentarhormone auf die Milchsekretion hat Niklas (29) mitgeteilt. Er gibt jedoch zu, dass die therapeutische Verwendung der Plazentarstoffe als Laktagoga in jeder Applikationsweise sich noch im Stadium des Versuchs befindet. Bei normalgehenden, stark beanspruchten Brüsten sei ihre Wirkung bei enteraler Einverleibung zwar nicht zu verkennen, aber doch relativ gering. Die subkutane Injektion kommt wegen der grossen Schmerzhaftigkeit zunächst nicht in Frage, über die intravenöse Injektion müssen ebenfalls erst Erfahrungen gesammelt werden.

Eine Anreizung der Milchsekretion durch Hypophysisextrakt wollen mehrere englische Autoren gesehen haben. So glaubt White (38) durch Pituitrin und Laktagol (Baumwollsamenextrakt) die stockende Milchsekretion wieder in Gang gebracht zu haben. Houssay, Guisti und Maag (18) nehmen eine direkte Stimulation der Drüsenfunktion an; Hammond (15) glaubt auf Grund ausgiebiger Experimente an Ziegen, Schweinen und Kaninchen dem Pituitrin eine direkte Wirkung auf die Bildung der Vorstufen des Milcheiweisses und der Laktose in der Milchdrüse zuschreiben zu dürfen. Er fand nach Pituitrininjektionen die Alveolen der Kaninchenmilchdrüse stark erweitert, die Epithelien abgeflacht. Die Milchmenge zeigte zunächst einen Anstieg, den Hammond nicht in Zusammenhang bringen will mit einer Gefäss- oder Muskelwirkung des Extraktes, sondern mit einer direkten Beeinflussung der Drüsenepithelien.

Im Gegensatz dazu konnte nach Gavin (14) durch Verabreichung von Hypophysis- und Corpus luteum-Extrakt an Milchkühen (per os, subkutan oder intravenös) weder Qualität noch Quantität der Milch günstig beeinflusst werden. Bei Hypophysenextrakt erfolgte manchmal eine vermehrte Milchansammlung im unteren Teile des Euters, offenbar infolge Muskelkontraktion. Auch Schäfer (33) vermochte weder bei der Kuh noch beim Menschen durch Hypophysis- sowie Corpus luteum-Extrakt die Milchsekretion deutlich auf die Dauer zu steigern.

Eine interessante Diskussion über die Faktoren, die die Mammasekretion beeinflussen, wurde angeregt durch den Vortrag McIlroys (20) auf dem Internationalen medizinischen Kongress zu London. Sie vertrat die Anschauung, dass die physiologische Laktation in engem Zusammenhang stehe mit dem wachsenden Ei und dem Ausfall seiner hemmenden Wirkung durch die erfolgte Geburt. Das Ei bereitet die Mamma für die Sekretion vor, enthält aber zugleich eine Substanz, die die Sekretion bis zur Geburt hemmt.

Die Bedeutung des Kolostrums für die Ernährung des Neugeborenen wird ins richtige Licht gestellt durch eine Studie von Langstein, Bott und Edelstein (24), die den Kaloriengehalt des Kolostrums zwischen 500—1500 schwanken sahen, während der Brennwert der „Dauermilch" bloss 650—720 Kalorien betrug. Dieser hohe Kaloriengehalt wird wohl bedingt durch die reichliche Eiweissmenge. Wie lange nach der Geburt Kolostrum sezerniert wird, hat Devillé (7) untersucht. Er fand, dass es in der Hälfte der Fälle erst zwischen dem 8.—10. Tage schwindet. Der Schwund wird verzögert bei Primiparen, bei Nichtstillenden, sowie durch sehr reichliche Nahrung. Jedenfalls lasse viel Kolostrum auf reichliche Milchbildung schliessen.

Wie konstant die Zusammensetzung der Milch bei ein und derselben Frau in bezug auf Gehalt an Fett, Stickstoff, Zucker, Kalk und Asche bleibt, zeigt Bamberg (4) in seiner Studie zur Physiologie der Laktation.

Eine Steigerung der Milchmenge führt also nicht zur Produktion einer minderwertigen Milch. Dabei zeigten die Mütter Gewichtsstillstand oder geringe Zunahme. Ein Einfluss der Menstruation auf die Laktation liess sich weder durch die chronische Analyse der Milch, noch durch das klinische Verhalten des Säuglings nachweisen. Die Untersuchungen wurden am Kaiserin Auguste Viktoria-Haus-Charlottenburg ausgeführt.

Dass das Volumen der Brust durchaus nicht im Verhältnis zur Milchsekretion zu stehen braucht, beobachtete Variot (37) bei einer 40jährigen Amme mit minimal ausgebildeten Brüsten. Obwohl die Drüsensubstanz kaum mehr als fünffrankenstückgross war und die Frau bloss etwa einen Esslöffel dickflüssiger Milch aus der Brust abdrücken konnte, hat die Frau ihre eigenen sieben Kinder gestillt und am Leben erhalten.

In drei aufeinanderfolgenden Artikeln des Lancet wird die Theorie und Praxis der Brusternährung behandelt. Zunächst vervollständigt Forsyth (10) die von Carter und Pitt früher mitgeteilten Statistiken über den normalen Verbrauch des Säuglings an Brustmilch aus den ärmeren Volksschichten durch Publikation der Verbrauchs- und Gewichtskurve eines Kindes aus wohlhabender Familie, und zwar vom 5.—49. Lebenstag. Es ist bemerkenswert, dass trotz recht ungleichmässiger Funktion beider Brüste und grosser Schwankungen in den pro Mahlzeit genossenen Milchmengen die Gewichtskurve ganz gleichmässig anstieg. Über Brauch und Missbrauch beim Stillen gibt Lucy Naish (27) gute Leitsätze, während Cran (9) die Lehre Variots referiert, der seit 15 Jahren gegen die „Unterernährung" der Säuglinge auftritt und verlangt, dass man das Brustkind nach seinem Appetit trinken lässt. Muttermilch müsse als Nahrung angeboten und nicht als Medizin abgemessen werden.

Die Wichtigkeit der Abhaltung jeglicher psychischer Erregung von der stillenden Mutter hebt Frost (11) hervor. Es leide darunter nicht bloss die Milchbildung der Mutter, sondern die nervöse Überreizung könne sicher auch zu Darmstörungen des Säuglings führen, vielleicht durch Zunahme der Protoide.

Im Gegensatz zu Czerny-Keller glaubt Opitz (30) mit Fischel u. a., dass trotz negativem Ergebnis der chemisch-biologischen Milchanalyse es doch, wenn auch nur vereinzelte Fälle gibt, wo trotz rationell durchgeführter Ernährung und bei Fehlen jeglicher anderweitiger unhygienischer Einflüsse ein Kind an der Mutterbrust erkrankt und ein Wechsel der Ernährung die Heilung schnell herbeiführt. Mitteilung zweier Fälle: Im ersten Falle zeigte das Kind, das anfangs ordentlich bei Mutterbrust gedieh, plötzlich nach ca. vier Wochen allgemeine klinische Konvulsionen, Albuminurie ($^3/_4 {}^0/_{00}$) mit Zylindrurie, Ödeme an Händen, Gesicht, Bauchdecken und Brust. In der Annahme, dass die schwere Nephritis der Mutter auch eine Veränderung der Muttermilch hervorgerufen hatte, die ihrerseits wieder zu einer Schädigung der kindlichen Niere führte, wurde das Kind anfangs mit abgespritzter Ammenmilch, später mit Kuhmilch ernährt und entwickelte sich vorzüglich. — Der zweite Fall betrifft eine Frau, die nacheinander trotz sorgfältigster Pflege fünf Kinder an einer Darm- bzw. Bronchialaffektion verlor. Offenbar handelte es sich bei der Mutter um eine „Streptokokkenträgerin", und zwar schied sie in der Milch massenhaft üppig wachsende, mäusevirulente Streptokokken aus. Obwohl das Kind auf Grund der schlechten Erfahrungen mit den früheren Kindern nicht von der Mutter gestillt worden war und an der Ammenbrust gut gedieh, erlag es doch plötzlich nach 10 Wochen einer schweren fibrösen Streptokokkenbronchitis. In der Diskussion erwähnt Krömer zwei ähnliche Fälle, deren Deutung jedoch nicht so einwandsfrei sein dürfte.

Aus den Arbeiten von Moussous und Leuret (26a—d) geht hervor, dass in Frankreich das Stillen länger angeraten wird als bei uns. Sie empfehlen den Müttern bis zum achten Monat satt zu stillen und dann so langsam allmählich zu entwöhnen, dass der Säugling erst im 12.—15. Monat völlig abgesetzt wird. Die Technik der Entwöhnung wird im einzelnen noch ausführlich besprochen. Besonders wird gewarnt vor plötzlichem völligem Absetzen, was der Amme ebenso schaden könne wie dem Säugling.

Die bei der Entwöhnung so häufig auftretenden Nährschäden werden grösstenteils aufgefasst als Vergiftungserscheinungen anaphylaktischer Natur, die am besten zu umgehen seien durch völligen Verzicht auf Kuhmilch und Eier bei der Entwöhnung.

Obwohl Auché (1) in der Milch von sechs schwer tuberkulösen Frauen durch den Meerschweinchenversuch keine Tuberkelbazillen nachweisen konnte, weist Cozzolino (6) darauf hin, dass die zweifellos in solcher Milch ausgeschiedenen Tuberkeltoxine Kachexie sowie Gastroenteritis hervorrufen können, also schon aus diesem Grunde tuberkulösen Müttern das Stillen zu verbieten sei. Bacon (3) tritt für die Errichtung besonderer Sanatorien ein mit Schwangeren- und Wöchnerinnenstation, Entbindungsraum und völlig isoliertem Saal für die Neugeborenen, worauf besonderer Wert zu legen sein dürfte.

Zur Stilltechnik macht Neter (28) einige Angaben betreffs Überwindung gewisser Stillschwierigkeiten.

Kaupe verwirft für die Brust das Prinzip der „Schonung des erkrankten Organs". Warzenschrunden waren für ihn niemals ein Grund zum Absetzen des Kindes, er lässt sogar noch stillen, wenn schon ausgesprochene Mastitis besteht. Daneben empfiehlt er Biersche Stauung. Die Prophylaxe der Mastitis, nämlich die Behandlung der Brustwarzen während der Schwangerschaft besprach Krüger (23) in der gynäkologischen Gesellschaft zu Breslau.

Die in der Provinzial-Hebammenlehranstalt zu Breslau während der Gravidität vorbehandelten Warzen erkrankten in 54%, die nicht vorbehandelten in 60%, eine Vorbehandlung der Warze in der Schwangerschaft erscheint daher überflüssig, ja sogar gefährlich, um so mehr, da sie zu vorzeitigem Geburtseintritt führen kann. Auch Küstner warnt vor Alkoholvorbehandlung, während Asch Alkoholbad der Mamilla in Bierscher Saugglocke ab und zu empfiehlt; dadurch besseres Eindringen in die Hautfissuren.

Eine äusserst erwünschte Bereicherung unserer Mittel, bei schlecht ausgebildeten oder kranken Brustwarzen dennoch die Brustdrüse zu entleeren, stellt der von Frühinsholz (12) empfohlene „Tire-lait-biberon" nach Dr. R. André dar, entschieden ein vorteilhafter Ersatz der Auvardschen „téterelle bi-aspiratoire". Der von Apotheker P. Quirin in Nancy (Place de la Commanderie) für 8,50 Frs. zu beziehende, äusserst exakt und solide gearbeitete Apparat stellt eine Saugflasche dar mit doppeltem Ansatz, einem für die Mamilla, einem anderen zum Ansaugen der Milch entweder durch die Mutter oder vermittelst Pumpe. Besondere Vorteile: 1. Möglichkeit, die abgesogene Milchmenge genau an der graduierten, bis zu 100 ccm fassenden Saugflasche abzulesen; 2. Vermeidung des Speichelzuflusses seitens der Mutter beim Ansaugen.

Über die Frage der Stillfähigkeit und die Gründe des Nichtstillens sind zwei grosse Statistiken von Hirsch (16) und Bremme (5) publiziert worden.

Auf Grund der anamnestischen Angaben von 300 Müttern, die während des Winterhalbjahres 1911/1912 die Sprechstunde der Poliklinik für Frauenleiden in München aufsuchten und Angaben über 1207 Kinder machen konnten, hat Hirsch systematisch nach den Gründen des Nichtstillens geforscht und deren Berechtigung geprüft.

Bei 30,4% wurde das Stillen unterlassen bzw. abgebrochen, weil die Mütter wieder „in die Arbeit" gehen mussten, bei 21,7% wegen Mangels an Aufklärung, Indolenz, Nachlässigkeit, Bequemlichkeit oder Faulheit, bei 18,9% wegen an-

geblichen Milchmangels, bloss bei 12,8 % wegen auftretender subjektiver Beschwerden. In einer kleinen Anzahl der Fälle war Abraten durch Hebamme oder Arzt, Erkrankung der Brüste oder Puerperalfieber, ganz selten Verweigerung der Brust durch das Kind der Grund zum Nichtstillen. Ein Vergleich dieser Ermittelungen mit den von Büller, Nordheim, Hagenbach-Burckhardt, Hohlfeld und Praetorius erhaltenen Statistiken zeigt, dass in München in erster Linie die sozialen Verhältnisse, sowie Nachlässigkeit und mangelhafte Aufklärung anzuschuldigen sind, während sonstwo Milchmangel und subjektive Beschwerden das Hauptkontingent stellen. Von den 772 nicht oder nur ungenügend gestillten Kindern fand sich bloss in 34 Fällen eine absolute Stillunfähigkeit der Mutter. Bei 53,8 % der nicht gestillten Kinder war ein Grund des Nichtstillens nicht vorhanden. Von einer zunehmenden Stillunfähigkeit im Sinne v. Bunges kann daher in München nicht die Rede sein, vielmehr allerdings von einer erschreckend grossen Unlust zu stillen. Vorschlag, allen Gebärenden von Staats wegen eine möglichst kurz gefasste, sachliche und gemeinverständliche Schrift einzuhändigen mit dem Hinweis auf die Wichtigkeit der Brustnahrung und auf die Gefahren des Nichtstillens. Das Stillen muss wieder volkstümlich gemacht werden.

Eine ähnliche Statistik wie Hirsch veröffentlicht der Dresdener Stadtarzt Bremme (5) auf Grund der Jahrestabellen der Hebammen über die im Jahre 1911 in der Behausung ihrer Mutter geborenen 8933 Kinder. Er untersuchte 1. den Einfluss der sozialen Lage (nicht gestillt wurden 26,7 % der Kinder von Arbeitern, 22,4 % von Gewerbegehilfen, 18,79 % von Kaufleuten, 16,7 % von Beamten, 12,3 % von Akademikern). 2. Den Einfluss des Alters der Mütter (es haben nicht gestillt von den Müttern unter 20 Jahren 36,3 %, von 21—30 Jahren nur 17,5 %, von 31—40 Jahren 26,5 %, von 41—50 Jahren 38,1 %), 3. den Einfluss der Zahl der Entbindungen (es haben nicht gestillt von den Erstentbundenen 20,2 %, von den Zweitentbundenen 16,4 %, von den Drittentbundenen 21,5 %, von den Viertentbundenen 24,8 %, von den 10.—14. Entbundenen 48,2—51,8 %), 4. den Einfluss der ehelichen und unehelichen Geburten (es haben nicht gestillt von den Unehelichen 46,1 %, von den Ehelichen 19,9 %).

Besonders instruktiv ist der Vergleich der Mortalität der Säuglinge, je nachdem sie kürzer, länger oder gar nicht gestillt wurden: von den Gestorbenen entfallen 64,7 % auf die Nichtgestillten, 35,3 % auf die unter sechs Wochen gestillten, während die über sechs Wochen gestillten 0 % Mortalität aufweisen.

II. Physiologie und Pathologie des Neugeborenen.

1. Allgemeine Physiologie.

1. *Apert, E., La température centrale cheuz le noveau-né et le prématuré. Nourrisson. Tome 1. p. 29—33.
2. Asch, Über intrauterine Ernährung. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. p. 701—703. (Demonstration von „Lutschflecken" am Unterarm übertragener Kinder als Ausdruck intensiven intrauterinen Lutschens.)
3. *Balard, P., Le pouls et la tension artérielle de l'enfant et du nouveau-né. Gaz. des hôp. Tome 86. p. 837—841.
4. Benecke, M., Die Bedeutung einzelner Merkmale zur Altersbestimmung des neugeborenen Kindes. Inaug.-Diss. Leipzig.
5. Benestad, G., Die Gewichtsverhältnisse reifer norwegischer Neugeborener in den ersten 12 Tagen nach der Geburt. Arch. f. Gyn. Bd. 101. p. 292—350. (Auf Grund von 1979 Gewichtskurven untersucht Benestad den Unterschied der Abnahme und des Zuwachses bei Erst- und Mehrgeborenen, Knaben und Mädchen, den Einfluss der Albuminurie der Mutter, grosser Blutverluste unter der Geburt etc. Bei sieben Mahlzeiten erreichen 83 % der Kinder am 12. Tage ihr Geburtsgewicht.)

5a. Bosman-de Kat Angelino, J., und Marg. A. J. Sannes-Sannes, Untersuchungen des Schicksals von 740 Kindern, die mit einem Gewichte von weniger als 3000 g geboren wurden. Ned. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. 23. Jahrg. Lief. 1. (Die Verfasserinnen haben eine Untersuchung angestellt bei einer Anzahl von 740 Kindern, die in der Utrechter Frauenklinik in den Jahren 1899 bis inklusive 1910 geboren wurden. Infolge dieser sehr eingehenden Untersuchung, die sich nur schwer in ein Referat zusammenfassen lässt, kommen sie zu der Schlussfolgerung, dass bei guter Verpflegung, wenn nötig mit Hilfe des Brutschrankes, aus diesen prämaturen, schwachen Kindern noch viel werden kann, dass eine grosse Anzahl am Leben zu erhalten ist, und dass aus allem hervorgeht, dass diese dann den normal geborenen Schwestern und Brüdern nicht nachstehen.) (Mendes de Leon.)

5b. — — Onderzoek naar het lot van 740 kinderen, die geboren werden met een gewicht van minder dan 3000 gram. Ned. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. 23. Jahrg. Afl. 1.

6. *Canestrini, S., Über das Sinnesleben des Neugeborenen. Monograph. a. d. Grenzgeb. d. Neurol. u. Psych. J. Springer. 104 S. Mk. 6.—.

7. Dervieux, Über die Lebensfähigkeit der Neugeborenen. Allg. Wiener med. Zeitg. Bd. 58. p. 257. (Bericht über ein vor sechs Monaten nach der Empfängnis geborenes Kind, das nach der Geburt noch über zwei Monate weiterlebte.)

8. Fry, H. D., The infant pulmotor: its use in asphyxia neonatorum. Amer. Journ. of Obst. Vol. 68. p. 85. (Empfehlung des von den Roth-Dräger-Werken in Amerika als „Baby-Pulmotor" eingeführten Sauerstoffapparats für asphyktische Neugeborene, bei denen noch Herzschlag nachweisbar. Der Apparat kann an jede Sauerstoffbombe angebracht werden.)

9. Gogitidze, S. K., Zur Physiologie des Neugeborenen: physiologische Uterinblutung bei Neugeborenen. Metrorrhagia neonatorum. Pediatria. Bd. 1. p. 13—23. (Mitteilung von vier Fällen von Genitalblutung zwischen dem 5.—9. Tage ohne spätere Wiederkehr der Blutung (im Gegensatze zur Menstruatio praecox!). Annahme der Theorie Halbans, dass die Blutung ausgelöst werde durch Sekretionsprodukte der Mutter, die durch die Plazenta auf das Kind übergegangen sind.)

9a. — Zur Physiologie der Neugeborenen: physiologische Gebärmutterblutung bei neugeborenen Mädchen. Pediatrija. Nr. 1. (Es gibt bei Neugeborenen ausser einer Menstruatio praecox auch eine physiologische Blutung; letztere ist sogar häufiger als erstere. Die Genitalsphäre ist ausserordentlich empfindlich nicht nur während der Pubertätszeit, sondern auch bei Neugeborenen, weshalb die Genitalien bei letzteren besondere Aufmerksamkeit verlangen (Analogie mit den Brustdrüsen.) (H. Jentter.)

10. Goldfeld, Z., Die Abhängigkeit der körperlichen Entwickelung Neugeborener vom Berufe der Eltern. Diss. Würzburg 1912.

11. *Gutfeld, Fr. v., Über den Einfluss körperlicher und sozialer Verhältnisse der Mütter auf die Körpermasse ihrer Neugeborenen. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 73. p. 266 bis 279.

12. Heller, Fr., Zur Physiologie des neugeborenen Kindes. Zeitschr. f. Kinderheilk. Ref. Bd. 4. p. 505—523. (Übersichtsreferat der Literatur von 1910—1911.)

13. Juda, Ad., Über Uterusblutungen Neugeborener. Med. Klin. Bd. 9. p. 584—585. (Zwei Fälle von Uterusblutung, die am fünften bzw. sechsten Tage einsetzte und 2—3 Tage anhielt. Keine „Menstruatio praecox", die keine periodische Wiederkehr, sondern Folge von Übergang innersekretorischer Produkte von Mutter auf Kind (Zapper, Halban, Lequeux, Merioton — und Bayer, der Ref.)

14. *Kjölseth, M., Untersuchungen über die Reifezeit des neugeborenen Kindes. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Ergänzungsh. p. 216—298.

15. Kraft, H., Die Entwickelung des Drehreflexes am Neugeborenen. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 74. p. 201—210.

16. Leo-Wolf, C. G., Case of the new-born. Amer. Journ. of Obst. Vol. 67. p. 1266—1269. (Nichts Neues.)

17. *Lutz, R., Die Reifezeichen der Frühgeburt im neunten Monat. Zentralbl. f. Gyn. p. 127—130. (Genauere Begründung der von Nacke bereits publizierten Ansicht, dass die körperliche Entwickelung des Fötus im neunten Monat nach Länge und Gewicht im wesentlichen abgeschlossen ist und dass der 10. Monat lediglich dem inneren Ausbau des Organismus dient.)

18. Mayerhofer, E., Der Harn des Säuglings. Ergebn. d. inn. Med. u. Kinderheilk. Bd. 12. p. 553—619. (Genaue Methodik der Harnuntersuchung, physiologische und pathologische Bestandteile, übersichtliche Zusammenfassung der Literatur.)

19. Mazoyer, E., Le livret sanitaire du nourrisson et du petit enfant. Prov. méd. Tome 26. p. 413—417. (Wunsch, die Kindersterblichkeit herabzusetzen durch Einführung eines gesundheitlichen Tagebuchs, in das Eltern, Pflegerinnen und Ärzte ihre Eintragung machen.)
20. *Nacke, Frühgeburt oder ausgetragenes Kind? Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 73. p. 309—314.
21. Nothmann, H., Zur Pflege und Ernährung der Frühgeburten. Reichs-Med.-Anz. Bd. 38. p. 225—232 u. 263—267. (Zusammenfassung der heute üblichen Pflege der Frühgeburten: Couveuse durch Wärmeflaschen ersetzen, womöglich 5—6 mal Anlegen, nur ausnahmsweise häufiger, Wichtigkeit des Saugreizes für Milchbildung, kritische Würdigung der Ersatzpräparate für Muttermilch.)
22. *Peller, S., Der Einfluss sozialer Momente auf den körperlichen Entwickelungszustand der Neugeborenen. Österr. Sanitätswesen. Nr. 38. Beiheft. p. 1—47.
23. Rousseau-Staint-Philippe, Le diagnostic du „cri“ chez l'enfant. Méd. prat. Tome 9. p. 71—72. (Besprechung der verschiedenen Ursachen und der Bewertung des Schreiens beim Neugeborenen.)
24. *Salge, B., Zur Beruhigung schreiender Säuglinge durch Anblasen. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 2842.
25. Schlossmann, A., Die Ökonomie im Stoff- und Kraftwechsel des Säuglings. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 285—288. (Der Säugling an der Mutterbrust ist in Hinsicht auf seinen Stoff- und Kraftwechsel ein mechanisches Wunderwerk; bei künstlicher Ernährung geht bei Zufuhr der gleichen Energiemenge ein Teil der Nahrung dadurch verloren, dass durch Umwandlung nicht ganz adäquater Nahrung dem Körper Mehrarbeit zugemutet wird.)
26. Thiede, W., Über die elektrische Sicherheits-Couveuse (Baginsky-Hanfland). Arch. f. Kinderheilk. Bd. 60—61. p. 713—718. (Empfehlung dieser genau regulierbaren, gut ventilierten und leicht zu säubernden elektrischen Couveuse.)
27. Trepper, A., Über die Gewichtsabnahme der Neugeborenen. Diss. Giessen.
28. Vogt, E., Das Arteriensystem Neugeborener im Röntgenbilde. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 21. p. 32. (Darstellung des arteriellen Systems durch Paraffin-Mennige-Gemisch von der Aorta aus und dann Röntgenaufnahme; am schönsten die stereoskopischen Bilder.)

Durch Anbringen des sphygmomanometrischen Oszillometers am Oberarm des Neugeborenen konnte Balard (3) zeigen, dass in den ersten Stunden nach der Geburt die Pulszahl bedeutend sinkt (bis auf 100), um dann vom zweiten Tage an sich wieder auf 150 zu erhöhen. Der arterielle Druck bleibt unverändert. Während der Mahlzeit zeigt die Pulsfrequenz eine Erhöhung um 15—20 Schläge. Während die minimale Pulsspannung sich ungefähr gleichbleibt, steigt die maximale Spannung im Wachzustande und bei der Mahlzeit bis zu 16 mm Hg an, ein Beweis, wie sensibel die arterielle Spannung der Säuglinge ist. Ähnlich verhält es sich mit der Temperatur; hierüber teilt Apert (1) einiges mit. Erkrankungen Neugeborener lösen nicht immer Fieber, sondern häufiger unregelmässige Temperaturschwankungen aus. Nach schweren Geburten, bei der physiologischen Gewichtsabnahme der ersten Tage, sowie nach Kochsalzinfusionen sind Temperatursteigerungen nichts Seltenes. Im allgemeinen ergibt sich, dass die Temperaturregulierung beim Neugeborenen eine recht unvollkommene ist.

Eine interessante Monographie über das Sinnesleben des Neugeborenen hat Canestrini (6) veröffentlicht. Zum Studium der psychophysiologischen Veränderungen des Säuglingshirns auf experimentelle Reize wurden von der grossen Fontanelle aus die Hirnpulse, die respiratorischen Schwankungen und die aktiven Bewegungen des Säuglings bei den verschiedensten Reizen graphisch dargestellt. Bei den 1—14 Tage alten Säuglingen reagierte am besten der Geschmacks-, am wenigsten der Geruchssinn. Auch der Gehörapparat ist bereits gut ausgebildet, hingegen reagiert das Auge bloss auf direkte Beleuchtung, der Tastsinn zeigt fast keine Schmerzempfindung.

Gegen die alte Unart der Kinderfrauen, die Nussbaum neuerdings auch zur Ermöglichung der Reposition von Hernien empfohlen hat, nämlich durch

Anblasen den Säugling zu „beruhigen“, wendet sich Salge (24) in scharfen Worten. Das Anblasen begünstige die Infektionsübertragung, rufe bei spasmophilen Kindern Laryngospasmus hervor und wirke viel weniger sicher als die Darreichung von Chloralhydrat (0,3—0,5 per Klysma), Brom oder Adalin, Mittel, die absolut unschädlich sind für den Säugling.

Über den Einfluss sozialer Momente auf den körperlichen Entwickelungszustand der Neugeborenen verbreiten sich Peller (22) sowie v. Gutfeld (11). Dieser kommt auf Grund der Beobachtung von 5000 Fällen aus den Jahren 1907—1909 an der Frauenklinik der kgl. Charité zu Berlin zu folgenden Schlusssätzen:

1. Von Kindern, deren Mütter gleich alt sind, sind im allgemeinen die Knaben grösser und schwerer und haben einen grösseren Schädelumfang als die Mädchen.

2. Auch sehr junge Mütter sind imstande, reife Kinder mit normalen Durchschnittsmassen zur Welt zu bringen.

3. Länge und Gewicht der Kinder steigen kontinuierlich, um bei einem Alter der Mütter von ca. 28—35 Jahren ihr Maximum zu erreichen.

4. Männliche Neugeborene einer beliebigen Schwangerschaft sind grösser und schwerer und haben einen grösseren Schädelumfang als weibliche Neugeborene der gleichen Schwangerschaft.

5. Die Werte steigen bis zur vierten Schwangerschaft und halten sich dann annähernd auf dieser Höhe.

6. Eheliche Knaben beliebiger Schwangerschaft haben höhere Werte als die unehelichen derselben Schwangerschaft, bei weiblichen Kindern herrscht das umgekehrte Verhältnis.

7. Männliche Kinder im allgemeinen, ohne Rücksicht auf die Zahl der Graviditäten — eheliche wie uneheliche — weisen höhere Werte auf als die entsprechenden weiblichen Kinder.

8. Kinder von Dienstmädchen sind grösser und schwerer und haben grösseren Schädelumfang als Kinder von Arbeiterinnen.

9. Dies ist durch die soziale Lage der Mütter zu erklären: unter den unehelichen Müttern sind die Dienstmädchen günstiger gestellt als die Arbeiterinnen.

10. Länge, Gewicht und Schädelumfang der Kinder sind den Körperlängen ihrer Mütter proportional.

11. Ähnliche Verhältnisse wie die Lebendgeborenen zeigen auch die Totgeborenen.

12. Mehrlingskinder stehen im allgemeinen Einzelkindern an Grösse, Gewicht und Schädelumfang nach, doch können auch beide Zwillinge normale Werte haben.

Die für den Gerichtsarzt so wichtige Frage, ob ein Kind ausgetragen oder zu früh geboren ist, sucht Nacke (20) durch eine in der Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie in Berlin am 13. Dezember 1912 demonstrierte Tabelle mit den Durchschnittsmassen und -Gewichten von 1000 Neugeborenen der 28., 30., 36. und 40. Woche zu beleuchten. Er gelangt zu dem Schluss, dass aus dem Gewicht, der Länge und dem Kopfumfange allein ein Rückschluss auf das Alter des Kindes nicht gemacht werden darf, da sonst die schwersten Irrtümer unterlaufen können. Genauere Mitteilung der Daten gibt Lutz (17).

In der Diskussion hebt Falk hervor, dass wir in der Röntgenaufnahme ein gutes Symptom zur Altersbestimmung besitzen, da sich in der der Knochenkernbildung von Woche zu Woche Unterschiede erkennen lassen. Bumm und Strassmann halten die Erforschung der ganzen Frage auf Grund eines viel grösseren Materials (10 000—100 000) für nötig und lohnend.

Auf Grund des Materials der geburtshilflichen Klinik in Kristiania studierte Kjölseth (14) den Entwickelungsgrad der Neugeborenen durch Vergleich der Schwangerschaftsdauer, nach der letzten Menstruation bzw. der

bekannten Kohabitation berechnet, mit dem Gewicht, der Länge, sowie den verschiedenen Kopfmassen. Er stellte fest, dass zwar das Durchschnittsgewicht mit der Schwangerschaftsdauer zunimmt, auch nach der 40. Woche, dass aber innerhalb einer jeden Periode das Gewicht für jede einzelne Periode stark variiert, so dass ein Minimumgewicht für die Ausgetragenen und ein Maximumgewicht für die Nichtausgetragenen nicht festgestellt werden konnte. Das Gewicht wird stark beeinflusst durch die Nationalität (= Rasse), das Alter der Mutter und die Anzahl der Schwangerschaften. Ganz ähnlich steht es mit der Länge des Neugeborenen; hier war die Minimumlänge für ausgetragene Kinder 45 cm, die Maximumlänge für die Nichtausgetragenen 51 cm. Die übrigen Entwickelungszeichen (Hautfarbe, Lanugo, Nägel, Knochen etc.), speziell auch die an der Leiche festzustellenden (Knochenkerne) werden einzeln besprochen und auf ihre Wertigkeit geprüft. Kjölseth kommt zum Schlusse, dass trotz genauer Berücksichtigung aller dieser Punkte es oft ausserordentlich schwierig sein kann, zu sagen, ob ein Kind „reif" oder „ausgetragen" ist; jedenfalls müsse zugegeben werden, dass anscheinend durchaus reife Kinder aller Wahrscheinlichkeit nach 3—4 Wochen, bevor die Schwangerschaft nach allgemeiner Auffassung ausgetragen ist, geboren werden können.

2. Natürliche und künstliche Ernährung des Neugeborenen.

1. *Aschenheim, E., Die Anwendung von Calcium lacticum bei Ernährungsstörungen von Säuglingen. Monatsschr. f. Kinderheilk. Orig.-Bd. 12. p. 229—232.
2. Bauholzer, K., Der Einfluss des Nichtstillens auf das Schicksal der Neugeborenen. Inaug.-Diss. München.
3. *Bertlich, H., Poliklinische Erfahrungen mit Larosan. Zeitschr. f. Kinderheilk. Orig. Bd. 9. p. 338—380.
4. Calvary, M., Die Bedeutung des Zuckers in der Säuglingsnahrung. Ergebn. d. inn. Med. u. Kinderheilk. Bd. 10. p. 699—725. (Der Zucker ist eine unentbehrliche Nahrungskomponente des Säuglings. Er regt die Darmperistaltik an und bildet dadurch, dass er im Darm durch gärungserzeugende Bakterien vergoren und in Säuren gespalten wird, ein Gegengewicht gegen die Darmfäulnis.)
5. Czerny, Ad., und A. Keller, Des Kindes Ernährung, Ernährungsstörungen und Ernährungstherapie. Ein Handbuch für Ärzte. Wien. 191 p. Mk. 5.—.
6. Copeland, E. P., Arteficial feeding in its relation to infant mortality. Louisville month. Journ. Vol. 19. p. 302—308. (Erörterung der Schädlichkeitsfaktoren bei künstlicher Ernährung.)
7. *Curschmann, Larosanmilch. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 2864.
8. Eufinger. J., Die Veränderung der Frauen- und Kuhmilch durch Schütteln. Diss. Giessen.
9. *Forcart, M. K., Larosan als Ersatz für Eiweissmilch. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 1199.
10. Frankau, A., Die Kuhmilch und ihre Produkte. Grundriss der Milchwirtschaft für Mediziner. Mit einer Einführung von Bruno Salge. Speyer u. Kaerner. 40 S. Mk. 1.20.
11. *Grosser, P., Über den Einfluss des Kochens auf das physikalisch-chemische Verhalten von Frauenmilch, Kuhmilch und Buttermilch. Biochem. Zeitschr. Bd. 48. p. 427—431.
12. *Guidi, G., Terapia alimentare col latte al Larosan. Gazz. internaz. di med.-chir. Bd. 22. p. 1068—1070. (Günstige Resultate aus Florenz mit Larosanmilch.)
13. *Hagner, O., Schwankungen im Eiweissgehalt und in der Leitfähigkeit beim Säuglingsblute. Zeitschr. f. Kinderheilk. Orig. Bd. 8. p. 50—75.
14. *Jaschke, R. Th., Neue Beiträge zur Physiologie und Technik der natürlichen Ernährung des Neugeborenen. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 74. p. 494—541.
15. *Lane-Claypon, J. E., Über den Wert der gekochten Milch als Nahrung für Säuglinge und junge Tiere. Ergebn. d. inn. Med. u. Kinderheilk. Bd. 10. p. 635—698.
16. Meyer, L., Über den Hospitalismus der Säuglinge. Eine klinische Studie. Karger. 78 S. Mk. 4.—.

17. Peiser, J., Eine Präzisionswage für die Säuglingsernährung. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 475. (Die Wage ist nach dem Prinzip der Hebelbriefwage konstruiert. Statt der Platte eine mit Henkel und Schnabel versehene, abhebbare Porzellanschale. Gewichtsskala von 0—100 g. In der Milchküche der Berliner Säuglingsklinik seit langem im Gebrauch. Zu beziehen durch M. Pech, G. m. b. H., Berlin W 35, Am Karlsbad 15.)
18. Ribadeau-Dumas, L., Les troubles alimentaires et le lait albumineux. Nourrisson. Tome 1. p. 162—175. (Bei akuten und perakuten Durchfällen waren die Erfolge mit Eiweissmilch nicht durchschlagend, wie überhaupt die Eiweissmilch bis jetzt in Frankreich nur wenig Anhänger gefunden hat.)
19. Schlossmann, Die Ernährung des Säuglings. Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 8. p. 181 bis 185.
20. *— A., Über keimfreie Rohmilch. Arch. f. Kinderheilk. Bd. 60—61. p. 676—688.
21a. *Stoelzner, Über Larosan, einem einfachen Ersatz der Eiweissmilch. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 291—292.
21b. *— Ein einfacher Ersatz der Eiweissmilch. Klin.-therap. Wochenschr. Bd. 20. p. 722.
21c. *— Über Eiweissmilch-Ersatzpräparate. Med. Klin. Bd. 9. p. 868—869.
22. Variot, G., Vomissements incoercibles datant de la naissance chez un nourrisson de neuf mois. Grande hypotrophie. Dilatation de l'estomac constatée par la radiographie. Guérison par l'emploi du lait condensé sucré et du lait homogénéisé hypersucré. Bull. de la soc. de péd. de Paris. Tome 15. p. 337—341.
23. Variot, Lavialle et Rousselot, La modification du lait par l'hypersucrage (saccharose) dans les dyspepsies infantiles. Bull. de la soc. de péd. de Paris. Tome 15. p. 109 bis 111. (Durch Zuckerzusatz zur Milch (10 $^0/_0$ Saccharose) vor dem Kochen lässt sich das Erbrechen der Säuglinge ausserordentlich günstig beeinflussen. Vermutlich beruht die günstige Wirkung darauf, dass das Kasein der Milch mit dem Zucker eine Verbindung eingeht und dann ähnlich wie Frauenmilchkasein gerinnt.)
24. — Zuber, Lavialle et Sedillot, Essai sur la valeur alibile du lait désséché. Clin. infant. Tome 11. p. 35—41 u. 65—72. (Die Verff. verwerfen die Trockenmilch nach Hatmaker als ungeeignete Nahrung für gesunde und kranke Kinder, da teils der Gewichtsansatz ein ungenügender war, teils eintretende Durchfälle zum Abbruch der Versuche zwangen.)
25. *Wehner, Ph., Neue Anwendungsform von Larosan. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 2147.

Die an der Giessener Frauenklinik zurzeit geltenden Grundsätze der Ernährungstechnik der Neugeborenen schildert Jaschke (14) in einer sehr lesenswerten Abhandlung. Hinweis auf die Wichtigkeit des Kolostrums, Empfehlung der Beschränkung auf fünf Mahlzeiten (bloss nicht bei Kindern unter 2000 g). Anraten des Leerpumpens der Brüste bei trinkschwachen Kindern. Als physiologische Gewichtsabnahme kann auch noch ein Verlust von 300, 400, ja 500 g gelten; nach 10—14 Tagen wird das Anfangsgewicht meist wieder erreicht. Zu dem in 65,4 $^0/_0$ der Fälle gefundenen Ikterus neonatorum disponieren besonders die starken Kinder, sowie solche, die ein stärkeres Geburtstrauma erlitten haben; er ist wohl hepatogener und hämatogener Natur. „Hungerfieber" hat Jaschke nicht beobachtet, überhaupt sei die Überfütterung in den ersten Lebenswochen viel mehr zu fürchten als ein leichter Grad von Unterernährung.

Einen neuen Beweis für die Wichtigkeit der natürlichen Säuglingsernährung besonders in den ersten Lebenswochen müssen wir in den Untersuchungen Hagners (13) erblicken.

Während bei arteigener Ernährung keine erheblichen Schwankungen des Eiweissgehaltes und der Leitfähigkeit des Blutes bestehen, zeigt der Säugling mit Ernährungsstörungen derartige Schwankungen, die in dem Unvermögen, den osmotischen Druck konstant zu erhalten, ihren Grund haben. Junge Säuglinge zeigen sich besonders empfindlich.

Grosser (11) studierte den Einfluss des Kochens auf das physikalisch-chemische Verhalten der Frauenmilch, Kuhmilch und Buttermilch. Er fand, dass die Phosphorsäure und der Stickstoff durch das Kochen bei der Kuhmilch

kaum, bei der Frauenmilch jedoch beträchtlich sinken; hingegen wird der Kalkgehalt bei beiden Milcharten durch längeres Kochen bedeutend herabgesetzt, am stärksten allerdings auch hier bei der Frauenmilch. Bei der im Verhalten von Kalk und Phosphorsäure der Frauenmilch am nächsten stehenden Buttermilch ist für keinen der untersuchten Werte eine Einwirkung durch das Kochen festzustellen.

Durch die Ernährung eines Tieres oder Säuglings mit gekochter Milch der gleichen Spezies entsteht kein ernstlicher Verlust an Nährwert; bei Milch einer fremden Spezies ist die gekochte Milch der ungekochten in ihrem Nährwert sogar überlegen (Lane-Claypon [15].).

Während keimarme Rohmilch durch Melken ganz gesunder Kühe unter aseptischen Kautelen wohl gewonnen und durch Aufbewahren im Kühlschrank auch ziemlich lange gebrauchsfertig erhalten werden kann, macht sich immer wieder das Bedürfnis einer absolut keimfreien Milch geltend, der nicht die Nachteile der Hitzesterilisation anhaften. Eine solche glaubt Schlossmann (20) mit dem von Lobeck in Leipzig konstruierten Apparat zu gewinnen, in dem unter hohem Druck fein verstäubte Milch rasch erhitzt und sofort wieder abgekühlt wird. Auf diese Weise werden selbst die Tuberkelbazillen abgetötet.

Aschenheim (1) empfiehlt zur Behandlung alimentärer sowie infektiöser parenteraler Dyspepsie die Darreichung grosser Mengen (70—100 ccm einer $10^0/_0$igen Lösung pro die) Calcium lacticum als Zusatz zu zuckerarmer Milchwassermischung. Bei Dyspepsie der Brustkinder ist das Mittel meist ohne Wirkung.

Eine ausserordentlich günstige Aufnahme und weite Verbreitung hat das nach Angaben von Stoelzner (21 a—c) durch Hoffmann-La Roche in Grenzach-Basel hergestellte Kaseinkalziumpulver „Larosan“ gefunden. Es wird durch Anrühren mit Milch zu einer Eiweissmilch verarbeitet, die neben der leichteren Darstellbarkeit vor der Finkelstein-Meyerschen Eiweissmilch den Vorzug der Billigkeit, des besseren Geschmacks und Aussehens, sowie der besseren Bekömmlichkeit auch in den ersten Tagen voraus hat.

Einen ausführlichen Bericht über die Erfolge, die mit Larosanmilch an der Hallenser Universitäts-Kinderpoliklinik bei 200 darmkranken, zum Teil noch unter „allaitement mixte“ stehenden Säuglingen erzielt wurden, gibt Bertlich (3). Wird nach schweren Nährschäden „Larosanmilch“ noch nicht vertragen, so empfiehlt Wehner (25) einen Versuch zu machen mit „Larosantee“ (40 g Larosan in kaltem Wasser angerührt, dazu ein Liter kochenden Tee) oder mit „Larosanschleim“. Weitere Empfehlungen des Larosans an Stelle der „Eiweissmilch“ liegen vor von Curschmann (7), Forcart (9) und Guidi (12).

3. Säuglingsfürsorge.

1. de Bosmann, K. A., und J. u. M. A. J. Sannes-Sannes, Untersuchungen über das Schicksal von 740 Kindern mit einem Geburtsgewicht von weniger als 3000 g. Zeitschr. f. Säuglingssch. Bd. 5. p. 243—258 u. 295—315. (Mitteilung sehr günstiger Resultate, die an der Utrechter Frauenklinik unter Kouwer erzielt wurden. Von 740 in den letzten 10 Jahren dort verpflegten Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht von weniger als 3000 g wurden 583 gesund entlassen, darunter ein Kind mit Anfangsgewicht von 910 g. Kouwer verabreicht möglichst Frauenmilch, daneben auch die holländische Buttermilch „Karnemelk“, die sich aber durch einen viel höheren Nährgehalt auszeichnet.)
2. Burns, J., Infant mortality and child welfare. Child. Vol. 4. p. 1—14.
3. Herzog, Reichsversicherungsordnung und Säuglingsschutz. Zeitschr. f. Säuglingsschutz. Bd. 5. p. 350—351. (Herzog schlägt vor, dass der von der Reichsversicherungsordnung vorgesehene Stillbeitrag zunächst nur Müttern von drei und mehr Kindern gewährt werde, während Frauen mit weniger Kindern nur bei besonderer Notlage (Arbeitslosigkeit des Mannes, Krankheit etc.) berücksichtigt werden sollen.)

4. Jaschke, R. Th., Ziele und Erfolge der Säuglingsfürsorge in Gebäranstalten. Reichs-Med.-Anz. Bd. 38. p. 1—6. (Mitteilung der an der Giessener Frauenklinik durchgeführten Säuglingspflege. Jaschke tritt warm für Trennung von Mutter und Kind ein.)
5. Lederle, E. J., Plans for the reduction of infant mortality. Amer. Journ. of Obst. Vol. 68. p. 157—159.
6. Zur Nieden, Die Säuglingsfürsorge in den Landkreisen der Rheinprovinz. Concordia. Bd. 20. p. 5—9. (Berichterstattung über die dort getroffenen Massnahmen: Merkblätter, Stillprämien, Lehrkurse, Milchküchen etc. Dadurch Herabdrücken der Säuglingssterblichkeit um 2%.)
7. Raudnitz, R. W., Frauenkurse über Säuglings- und Kinderpflege. Prager med. Wochenschr. Bd. 38. p. 487—488. (Mitteilung der bei solchen Kursen zu verfolgenden Prinzipien.)
8. Variot, G., La création d'écoles de puériculture départementales pour les nourrices et les éleveuses des enfants-assistés. Clin. infant. Tome 11. p. 545—549. (Variot fordert zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit in Frankreich die Errichtung von Schulen zur Ausbildung von Ammen und Kinderpflegerinnen.)
9. Wahrendorf, Fr., Wege zur Säuglingsfürsorge. Zeitschr. f. Säuglingsfürsorge. Bd. 7. p. 1—20 u. 37—48.
10. Wallich, La mortalité infantile dans les quatre premières semaines de vie. Rev. d'hyg. et de police sanit. Tome 35. p. 989—1008.
10a. — La mortalité infantile pendant les quatre premières semaines de la vie. Pathol. infant. Tome 10. p. 141—158. (Da Wallich an einem grossen Material nachweisen konnte, dass die Neugeborenensterblichkeit ausser in der ersten Woche, wo zu frühe oder zu schwierige Geburten die Schuld an den Todesfällen tragen, hauptsächlich die dritte Lebenswoche dem Säugling gefährlich wird, da hier die Folgen der Entlassung aus der Klinik und des Absetzens von der Mutterbrust manifest werden, empfiehlt er zwecks Herabsetzung der hohen Sterblichkeitszahlen neben Schonung der Mutter in der letzten Zeit der Gravidität zur Vermeidung von Frühgeburten, vor allem dafür Sorge zu tragen, dass die Mütter nach der Entbindung noch möglichst lange mit dem Säugling zusammen bleiben. Die niedrigste Mortalität fand sich bei den im Elternhause weiter verpflegten Neugeborenen, die zweitniederste bei den legitimen, die höchste bei den illegitimen Kostkindern.)

4. Nabelversorgung.

1. Adair, F. L., Case of the umbilic stump. A bacteriologic study. Journ. of the Amer. med. Assoc. Vol. 61. p. 537—539. (Da die bakteriologische Untersuchung der Umgebung des Nabels in 20% der Fälle pathogene Keime ergab, hält Adair eine antiseptische Nabelstumpfbehandlung durch Abtrennen in der Hautrandfurche und wiederholtes Bepinseln mit zur Hälfte verdünnter Jodtinktur für zweckmässig.)
2. Brütt, Geb. Ges. zu Hamburg. 27. Mai. Zentralbl. f. Gyn. p. 1077. (Brütt demonstriert einen neuen Nabelverband, der sich am Eppendorfer Krankenhaus bewährt hat. Umwickelung des Nabelschnurrestes mit Alkoholwatte, Umstreichen der Nabelumgebung mit Mastisol, Verkleben mit Gaze, die erst nach vier Tagen entfernt wird. Roesing meint, eine speziell durchgeführte Nabelbehandlung sei irrelevant.)
3. Nádory, B., Einfache chirurgische Versorgung des Nabelschnurrestes. Zentralbl. f. Gyn. p. 765—769. (Empfehlung einer Seidenligatur um die Übergangsstelle von Nabelhaut und Nabelschnur; diese wird unmittelbar darüber abgeschnitten, der Stumpf nach jedem Bad mit Jodtinktur bepinselt, bis er abfällt; darüber aseptischer Verband.)
4. — Az újrülöttek köldökzsinórcsonkjának egyszerü, sebészi ellátása. Budapesti Orvosi Ujság. Szülészet és Nögyógyászat. Nr. 1. (Nádory empfiehlt die Nabelschnur des Neugeborenen knapp über der Übergangsstelle der Haut mit 1‰ Sublimat abzutupfen und mit einem starken Seidenfaden abzubinden. Unmittelbar darüber schneidet er die Nabelschnur ab und bepinselt den Stumpf mit Jodtinktur.) (Temesváry.)
5. Rachmanow, Das Nichtunterbinden der Nabelschnur. Journ. akusch. i shensk. bol. März. (Nach Aufhören der Pulsation wird die Nabelschnur 4—4½ cm vom Nabelring durchschnitten, wobei gewöhnlich nur wenige Tropfen Blut abgehen. Blutet es heftig, so wird der Fall als pathologisch betrachtet und die Nabelschnur unterbunden. Nach dem Bade wird der Nabelschnurrest mit Spiritus abgewaschen und in sterile Marly gewickelt. Kein Kind starb an Nachblutung. Auf 10 000 Geburten wurde die Nabelschnur nicht unterbunden 8283 mal, unterbunden wurde sie 1717 mal. Der

Stumpf trocknet auffallend rasch; er fällt ab am fünften bis sechsten Tage. Schlusssätze: Das Nichtunterbinden der Nabelschnur bei normalen Geburten und reifen Kindern ist als natürliche Methode vorzuziehen. Die Methode ist ungefährlich und führt zur Bildung einer guten Narbe. Das Unterbinden der Nabelschnur ist eine therapeutische Massregel und muss nur für pathologische Fälle erhalten bleiben [Unreife der Frucht, Asphyxie usw., Blutung bei der Mutter].) (H. Jentter.)

6. Simpson, G. C. E., Congenital anomalies connected with the development of the umbilicus. Liverpool med.-chir. Journ. Vol. 33. p. 427—436. (Heilung verschiedener Nabelmissbildungen (Nabelhernie, Ektopie der Blase, Urachusfistel etc.) durch operative Massnahmen.)
7. Stoll, A., Neuere Methoden in der Behandlung des Nabelschnurrestes. Diss. Freiburg i. Br. (Mitteilung der Resultate dreier verschiedener Behandlungsmethoden.)
8. Szili, Jenö, Uj omphalotriptor. Orvosi Hetilap. Nr. 4. (Ein einfaches, handliches Instrument zur Nabelversorgung, bestehend aus einem elastischen, V-förmig gebogenen Stahlblatte mit einfacher Schliesse.) (Temesváry.)
9. Weisswange, F., Über das Baden der Neugeborenen. Zentralbl. f. Gyn. p. 1101 bis 1104. (Kritik des im Sächsischen Hebammenlehrbuch bestehenden Badverbotes. Hinweis auf die Möglichkeit, durch geeigneten Nabelverband einen schädlichen Einfluss des Bades auf die Nabelwunde sicher auszuschalten.)

5. Allgemeine Pathologie.

1. Conradi, E., Friedländer-Sepsis mit schweren Nebennierenblutungen in einem Falle von Lues hereditaria. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 77. p. 190—193. (Nabelsepsis durch Friedländersche Kapselbazillen bei einem hereditär-luetischen Kinde. In der Leber und Milz Spirochäten, im Herzblut und in der Milz Kapselbazillen. Die grosse dunkelrote Hämorrhagie in den Nebennieren wird als Folge der Sepsis und unmittelbare Todesursache angesprochen.)
2. David, Ch., Phlébite double des membres inférieurs chez un nouveau-né consécutive à une infection d'origine ombilicale. Arch. de méd. des enf. Tome 16. p. 615—616. (Fall von „Nabelsepsis" über zwei Monate dauernd, anfangs als „Phlegmasia alba dolens" imponierend. Kein Sektionsbefund mitgeteilt.)
3. Dubois, M., Troubles intestinaux par engagement herniaire chez le nourrisson. Scalpel et Liège méd. Tome 65. p. 761—762. (Kasuistische Mitteilung eines Falles von Verdauungsstörungen bei einem Säugling mit grosser, reponibler Leistenhernie.)
4. Epstein, A., Über Variola bei Neugeborenen. Arch. f. Kinderheilk. Bd. 60—61. p. 289—313. (Mitteilung eines einschlägigen Falles; Besprechung der prophylaktischen Massnahmen.)
5. *Fitch, A. L., Eclampsia, infantile convulsions. Nation. elect. med. Assoc. quart. Vol. 4. p. 236—237.
6. *Fragale, V., Contributo alla studio della malaria nei neonati e nella prima infanzia. Gaz. internaz. di med., chirurg., ig. p. 265—268.
7. Frank, Fr., Über Atresia ani. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Ergänzungsh. p. 340—341. (Mitteilung zweier mit Erfolg operierter Fälle.)
8. *Fredet, P., und L. Tixier, Sténose hypertrophique du pylore chez un nourrisson. Gastro-entérostomie à l'âge de 13 jours. Guérison. Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris. Tome 28. p. 868—881.
9. *— — Sténose hypertrophique du pylore chez un nourrisson, gastro-entérostomie à l'âge de 13 jours, guérison. Ann. de méd. et de chir. inf. Tome 17. p. 103—107.
10. Friedmann, Ernährungs- und Entwickelungsstörungen beim Brustsäugling. Med. Klin. Bd. 9. p. 616—618. (Übersichtsreferat.)
11. Gildemeister, E., und K. Baerthlein, Bakteriologische Untersuchungen bei darmkranken Säuglingen. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 982—984. (Verff. fanden bei 70 darmkranken Säuglingen neunmal zur Ruhrgruppe gehörige Stäbchen, viermal Paratyphusbazillen, einmal B. enteritidis Gaertner. Ausserdem relativ häufig B. proteus, B. pyocyaneus und B. coli commune. Es erscheint wahrscheinlich, dass diese Keime bei der Entstehung der Darmerkrankung ätiologisch mitbeteiligt waren.)
12. Grosse, A., Imperforation anale chez le nouveau-né. Gaz. méd. de Nantes. Tome 31. p. 288—292. (Mitteilung eines Falles; Angabe der Symptomatologie und Therapie.)
13. Haenisch, Die Röntgendiagnose der Epiphysenlösung am oberen Humerusende bei Geburtslähmung. Verhandl. d. deutsch. Röntgenges. Bd. 9. p. 86. (Fünf Fälle, die

zum Teil mit der Diagnose „Geburtslähmung“ gebracht wurden, konnten radioskopisch als Epiphysenlösung erkannt, drei davon mit Erfolg operiert werden.)

14. Hart, C., und O. Lessing, Der Skorbut der kleinen Kinder (Möller-Barlowsche Krankheit). Monographische Abhandlung an der Hand tierexperimenteller Untersuchungen. F. Enke. 264 S. Mk. 16.—. (Experimentelle Erzeugung der Möller-Barlowschen Krankheit am Affen durch Verfütterung kondensierter Milch mit Beigaben von gekochtem Reis und trockenen Erdnüssen. Heilung durch Diätwechsel.)

15. *Harriehausen, Autovakzination der Säuglingsfurunkulose. Therap. Monatshefte. Bd. 27. p. 106—115.

16. Hoffa, Th., Über Pellidol und Azodolen in der Säuglingspraxis. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 1209—1210. (Empfehlung dieser Mittel zur Behandlung des Intertrigo.)

17. Hofmann, L., Zur Kenntnis der Ätiologie des Pemphigoids (Pemphigus neonatorum resp. infantilis), seiner Beziehungen zur Ritter von Rittershainschen Dermatitis exfoliativa neonatorum und zur Impetigo contagiosa (s. vulgaris) staphylogenes. Arch. f. Derm. u. Syph. Orig.-Bd. 118. p. 245—259. (Begründung der Annahme — an der Hand zweier mitgeteilter Fälle — dass der Staphylokokkenpemphygus identisch ist mit der Ritter von Rittershainschen Dermatitis exfoliativa.)

18. Kassowitz, M., Über Rachitis bei Neugeborenen. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 77. p. 277—332. (Gegenüber Wieland verteidigt Kassowitz seine frühere Theorie, dass der angeborene Weichschädel und der angeborene Rosenkranz als echte rachitische Affektionen anzusprechen sind. Die Kontroverse scheint hauptsächlich darauf zurückzuführen zu sein, dass die beiden Autoren einen prinzipiell verschiedenen Begriff vom pathologisch-anatomischen Bilde der Rachitis haben.)

19. *Keefe, J. W., Stenosis of the pylorus in infancy with report of cases. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 68. p. 957—964.

20. *Kehrer, E., Über Tetanie Neugeborener. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 27. p. 629 bis 634.

21. Kraus- A., Über Acne neonatorum. Arch. f. Derm. u. Syph. Orig.-Bd. 116. p. 704 bis 722. (Vorschlag, die durch Entzündungserscheinungen von der gewöhnlichen „Miliaria sebacea“ sich unterscheidende seborrhoische Affektion der Haarbalgfollikel, die man auch als „Comedones neonatorum“ bezeichnen könnte, als „Acne neonatorum“ abzugrenzen.

22. Krüger-Franke, M., Über eine seltene Erkrankung eines Neugeborenen (akute Tetanie). Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 58—60. (Langdauernde Zwillingsgeburt mit stinkendem Fruchtwasserabgang. Ein Kind mazeriert geboren; das andere stirbt am zweiten Tage unter dem Bilde der Sepsis mit meningealen Reizsymptomen. Streptokokken im Darm.)

23. Lewin, J., Über primäre eitrige Speicheldrüsenentzündung des frühen Säuglingsalters. Arch. f. Kinderheilk. Bd. 60—61. p. 462—467. (Fall von doppelseitiger Staphylokokkenparotitis bei einem 14 Tage alten Säugling. Heilung der einen Seite spontan, der anderen erst nach Inzision. Unentschieden, ob aszendierende oder hämatogene Infektion.)

24. *Lust, F., Die Durchlässigkeit des Magendarmkanals für heterologes Eiweiss bei ernährungsgestörten Säuglingen. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 77. p. 243—276 u. 383 bis 404.

25. Martin, G., et G. Mouriquand, La mort subite des enfants. Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég. Tome 20. p. 328—350. (Sammelreferat.)

26. Mees, R., Kleinhirnexstirpation bei einem Falle von angeborener Hydrencephalocele occipitalis. Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. 18. p. 1—7.

27. Mitchell, Urachal fistula. Brit. med. Journ. Nr. 2732. p. 984—985. (Urachusfistel am vierten Tage durch ständigen Urinabgang aus dem Nabel aufgefallen. Schon nach acht Tagen spontane Miktion durch die Harnröhre, nach 14 Tagen spontaner Verschluss der Fistel ohne weitere chirurgische Intervention.)

28. Sauvage, C., De l'oedème généralisée du foetus. Ann. de gyn. et d'obst. Tome 40. p. 385—397. (Mitteilung zweier einschlägiger Fälle.)

29. Scheffzek, Knochennaht am Femur eines Neugeborenen. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. p. 874—875. (Empfehlung der Knochennaht an Stelle der in ihrer Wirkung immer unsicheren Extensionsverbände bei Oberschenkelfraktur des Neugeborenen.)

30. Schreiber, G., Traitement de la constipation chez le nouveau-né. Paris méd. p. 569 bis 570. (Beim Brustkind Behandlung der Obstipation der Amme durch Einschrän-

kung der Fleischnahrung, hingegen Genuss von viel Gemüse und Obst. Bei Flaschenkindern Zusatz von Laktose statt Saccharose zur Milch. Glyzerinsuppositorien, Natr. citric. 2 % ein Kaffeelöffel voll pro Flasche etc.)
31. *Seiffert, G., Behrings neue Diphtherieschutzimpfung. Reichs-Med.-Anz. Bd. 38. p. 386—389.
32. Soldin, M., Über einen Fall von verzögertem Mekoniumabgang. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 77. p. 453—455. (Fall von völliger Mekoniumretention bis zum fünften Lebenstage. Schwere Ileuserscheinungen. Als Ursache wohl zwei glasige, gelbgraue Schleimpfröpfe anzusehen, die der schliesslich spontan erfolgten grossen Mekoniumentleerung beigemengt waren. Klystiere waren völlig erfolglos geblieben.)
33. Stolte, K., Über Störungen des Längenwachstums der Säuglinge. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 28. p. 399—425. (Mitteilung interessanter Beobachtungen von Wachstumshemmung bei verschiedenen Kostformen. Besprechung der Ursachen der Störungen im Längenwachstum.)
34. Vogt, E., Hernia duodeno-jejunalis beim Säugling. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. p. 817—821. (Mitteilung eines Falles von kongenitaler Hernia duodeno-jejunalis, die am vierten Tage unter Ileuserscheinungen zum Tode führte.)
35. — Zur Kenntnis der Weichteildefekte am Kopfe Neugeborener. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. p. 119—122. (Bericht über drei Fälle von amniogenem Kopfdefekt.)
36. *Zangemeister, W., Die Anwendung des neuen Diphtherieschutzmittels in der Marburger Frauenklinik. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 977—978.
37. Zarfl, M., Ein Fall von Pemphigus benignus congenitus. Mitteil. d. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. Bd. 12. p. 136—138.
38. — Zur Kenntnis angeborener Tuberkulose. Zeitschr. f. Kinderheilk. Orig.-Bd. 8. p. 370—382. (Mitteilung der Krankengeschichte, sowie des autoptischen Befundes eines wohl auf plazentarem Wege durch seine schwer tuberkulöse Mutter infizierten Säuglings.)

Um neben der rein chemischen auch die physikalische Leistungsfähigkeit der Darmwand zu studieren, hat Lust (24) durch Zufuhr von Hühnereiweiss, später auch Rinder- und Pferdeeiweiss, eine Art „Belastungsprobe“ eingeführt und gezeigt, dass die Toleranz des gesunden Säuglingsdarms begrenzt ist (ca. 60 g Hühnereiweiss vertragen). Bei chronischen, besonders aber akuten Ernährungsstörungen sinkt die Resistenz der Darmwand.

Nach der Auffassung Keefes (19) beruht die meist bei männlichen Brustkindern auftretende Pylorusstenose auf der Hyperplasie des den Pylorus umgebenden Muskelringes. Weit besser als durch Gastroenterostomie (50 % Mortalität!) wird sie geheilt durch Pyloroplastik nach eigener Methode.

Über einen durch Gastroenterostomie geheilten Fall von Pylorusstenose (Operation am 13. Lebenstage) berichten Fredet und Tixier (8, 9).

Nach Fitch (5) kommen für die „Krämpfe“ des Neugeborenen ätiologisch folgende Punkte in Betracht: 1. Allgemeine Schwäche bei gastrointestinalen Störungen. 2. Periphere Reize (Diätfehler, Ptomainintoxikation, Phimosis, Otitis). 3. Rachitis. 4. Infektionskrankheiten (Krämpfe entsprechen den Schüttelfrösten der Erwachsenen). 5. Blutüberfüllung des Gehirns. 6. Krankheiten des Nervensystems.

Über sechs Fälle von richtiger „Tetanie“ berichtet E. Kehrer (20). Klonisch-tonische Krämpfe, lange Zeit persistierende Kontrakturen, deutliche Bewusstseinstrübung. Einmal war die Tetanie mit Nephritis, einmal mit Ikterus, zweimal mit Sklerödem vergesellschaftet. Einmal bestand gleichzeitig Tetanie von Mutter und Kind. Äusserst günstige Erfolge mit der Kalktherapie, 5—8 mal täglich. 0,2 g Calcium chloratum, eventuell Kalziumgelatine nach Müller-Saxl.

Weitgehendes Interesse dürften die von Zangemeister (36) mit dem neuen Diphtherieschutzmittel von Behring an der Marburger Frauenklinik ausgeführten Untersuchungen beanspruchen. Sie ergaben, dass die Anwendung des Mittels beim Neugeborenen sehr wohl möglich ist, ja dass sie sich da ganz

besonders empfiehlt wegen der noch fehlenden Überempfindlichkeit, wie sie bei älteren Kindern mit bereits überstandener Diphtherie vorkommt. Ferner lässt sich bei Schwangeren relativ leicht eine Giftimmunität erzeugen, die auch auf den Neugeborenen übergeht. Nicht zu unterschätzen ist die Möglichkeit, das Blut der so immunisierten Schwangeren aus der Nabelschnur bei der Geburt zu sammeln und weiterhin therapeutisch zu verwerten.

Ein Sammelbericht über die theoretischen Grundlagen und bisherigen praktischen Erfahrungen mit v. Behrings Diphtherietoxin-Antitoxingemisch findet sich bei Seiffert (31).

Dass auch für die Säuglingsfurunkulose die Vakzinationstherapie nach Wright gelegentlich versucht und empfohlen wurde, war zu erwarten. Harriehausen (15) hat an der Heubnerschen Klinik derartige Versuche unternommen und teilt genau die von ihm geübte Technik, sowie die Krankengeschichten einiger geheilter Fälle mit. Er empfiehlt für den klinischen Betrieb immer das Autovakzin, für den Praktiker fabrikmässig hergestelltes „Standardvakzin", mit dem die Erfolge allerdings unsicherer.

Dankenswerte Studien über die Malaria des Neugeborenen hat Fragale (6) mitgeteilt.

Da von 80 malariakranken, teils behandelten, teils unbehandelten Müttern kein einziger Neugeborener vor dem 15. Tage an Malaria erkrankte, nimmt Fragale an, dass die Anwesenheit kernhaltiger Erythrozyten in den beiden ersten Lebenswochen den Ausbruch der Infektion hemmt. Die 10% Kinder, die zwischen dem 15.—30. Tage erkrankten, stammten zu zwei Dritteln von Müttern, die nicht mit Chinin behandelt worden waren, die in späteren Wochen erkrankten 11 Kinder wurden von Müttern gestillt, die überhaupt nicht oder nur unregelmässig die Chininkur anwandten. Als Ursache des Ausbleibens der Erkrankung bei 54 Kindern, von denen acht sogar Plasmodien im Blute zeigten, nimmt Fragale einen Übergang der Chininwirkung von der stillenden Mutter auf das Kind an.

6. Diagnose und Behandlung der kindlichen Geburtsverletzungen.

1. *Doazan, J., Etiologie, symptomes et traitement chirurgical des hémorrhagies méningées du nouveau-né. Arch. génér. de chir. Tome 7. p. 10—29.
2. *Fejér, J., Ödem der Hornhaut nach Zangengeburt. Zentralbl. f. prakt. Augenheil. Bd. 37. p. 164—165.
3. *Gfoerer, W., Über den Einfluss der Schädelimpression auf den Neugeborenen und seine körperliche Entwickelung. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 75. p. 101—117.
4. Gröne, O., Epidurales Hämatom im Rückenmarkskanal bei Neugeborenen. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 1849—1853. (Bericht über vier Fälle von epiduralem Hämatom im Rückenmarkskanal ohne nachweisbare Verletzung der Wirbelsäule.)
5. *Henschen, K., Die diagnostische und therapeutische Fontanellaspiration des subduralen Geburtshämatoms der Neugeborenen. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 925—931.
6. Klotz, M., Die ätiologische Bedeutung des Geburtstraumas für die geistige und körperliche Entwickelung. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. Bd. 8. p. 1—9. (Stellungnahme gegen Hannes, der durch seine Statistik einen Einfluss des Geburtstraumas nicht anerkennen konnte. Mitteilung eigener Untersuchungen. Bei 7,6% idiotischer Kinder kam als ätiologisches Moment nur die abnorme Geburt in Betracht.)
7. *Kraus, Verletzungen des kindlichen Auges während der Geburt. (Vortrag Nürnberger med. Ges. u. Poliklinik.) Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 1972.
8. Leclercq, J., et A. Paput, Note sur les hémorrhagies du système cérébrospinal chez le nouveau-né. Gyn. Tome 17. p. 213—218. (Hinweis auf die Häufigkeit (ca. 50% der unter der Geburt oder bald nachher gestorbenen Neugeborenen) und Erörterung der Ätiologie der meningealen Blutungen, die im Gegensatz zum Erwachsenen äusserst selten in der Hirnsubstanz selbst sitzen.)
9. *Lévy, De la pathogénie des lésions traumatiques de l'orbite chez le foetus au cours des extractions par le forceps. Ann. de gyn. et d'obst. Tome 10. p. 561—575.

10. *Pincus, Fr., Über Schädigungen des Auges durch Zangenentbindung. Klin.-therap. Wochenschr. Bd. 20. p. 857—862.

Auf Grund der an der Würzburger Frauenklinik gemachten Erfahrungen tritt Gfoerer (3) der immer mehr sich geltend machenden Neigung nach chirurgischer Behandlung der Schädelimpressionen Neugeborener entgegen, da in keinem der seit 1895 dort beobachteten Fälle eine lokale Blutung durch Symptome wie Krämpfe oder spastische Erscheinungen diagnostiziert wurde, andererseits bei den zur Sektion gelangten Fällen so ausgiebige Knochenverletzungen und so diffuse Hirnblutungen festgestellt wurden, dass da ein chirurgischer Eingriff nicht hätte helfen können.

Eine ausführliche Erörterung der Ätiologie, Symptome und chirurgischen Behandlung der Gehirnblutungen gibt Doazan (1). Empfehlung der Lumbalpunktion. Tritt keine Besserung ein, so punktiere man von der grossen Fontanelle aus, erst in verzweifelten Fällen entschliesse man sich zur Schädeltrepanation.

Nach einem Hinweis auf die Wichtigkeit einer einwandsfreien Sektionstechnik (am besten die Gefriermethode nach Seitz-Beneke) für das Studium der Anatomie der Geburtshämatome bespricht Henschen (5), Oberarzt der Sauerbruchschen Klinik, auf Grund des Materials der Wyderschen Klinik die Symptomatologie der Hauptformen der intrakraniellen Hämatome des Neugeborenen. Zeichen der Konvexitätshämatome: motorische Unruhe oder mehr apathischer, von plötzlichen Schreien abgelöster Zustand; Pulslosigkeit, primäre Spannung und Vorwölbung der grossen Fontanelle, welche bei einseitigem Hämatom in ihren beiden Hälften einen deutlichen Spannungsunterschied darbieten kann; Pupillendifferenz bei einseitigem Hämatom; Steigerung der Reflexerregbarkeit (nach Dutreix besonders die patellaren und plantaren Reflexe), positiver Babinski; Verlangsamung von Puls und Atmung; konjugierte Deviation des Kopfes und der Augen; Stösse, Zittern und Rigidität der Extremitäten; epileptiforme lokalisierte oder allgemeine Krämpfe, zuweilen im echt Jacksonschen Typus; subnormale, normale oder bei längerer Dauer auch leicht gesteigerte Temperatur. Für die viel dunkleren peribulbären Basishämatome sind kennzeichnend: eine primär weiche und pulsierende Fontanelle bei apathisch somnolentem Zustand und auf Gesicht, Schädel und Hände begrenzter Zyanose; fehlendes Schreien trotz sonstiger Zeichen der gelungenen Wiederbelebung; Nackensteifigkeit; unregelmässiger, von anfallsweiser Apnoe unterbrochener Atmungsrhythmus.

Da das Schicksal des Kindes fast immer bereits besiegelt ist, wenn man erst das vollausgebildete, offensichtliche Bild des örtlichen oder allgemeinen Hirndrucks abwartet, muss zur Frühdiagnose die Punktion herangezogen werden, und zwar die Punktion des kranialen Subduralraums von der grossen bzw. kleinen Fontanelle aus für die Erkennung frontaler, parietaler oder okzipitaler Hämatome, ferner die Punktion des Lendenmarkkanals bzw. des zervikalen Spinalkanals für Basisblutungen bzw. peribulbäre Hämatome der Kleinhirnnische.

Bei flüssigen Hämatomen ist die Punktion oft schon ein genügender therapeutischer Eingriff; ist das Hämatom bereits geronnen, so muss nach dem Vorgang von Cushing, Seitz u. a. operiert werden. Mitteilung eines eigenen operierten Falles.

Eine ausführliche Besprechung der nach Spontangeburten und besonders durch Zangenentbindungen auftretenden Augenverletzungen (Hornhauttrübung, Luxatio, Iriszerreissung, hämorrhagische Netzhautabhebung etc.) gibt Pinkus (10). Zwei dahingehörige Fälle hat Kraus (7) publiziert. Im ersten Falle Hornhauttrübung mit bleibender Narbe der Descemetschen Membran; im zweiten Falle Avulsio bulbi durch die hohe Zange.

Als seltene Folge der Zangengeburt beobachtete Fejér (2) eine weisse Trübung der linken Hornhaut, die sich als akutes Ödem zwischen den Korneallamellen,

offenbar infolge Drucks des Zangenlöffels entstanden, zu erkennen gab. Daneben bestanden noch frische Ekchymosen. Die Trübung ging nach einigen Tagen spontan zurück.

Einen analogen Fall, ebenfalls mit völlig spontaner Rsetitutio ad integrum, konnte Ref. im Berichtsjahre an der Strassburger Universitäts-Frauenklinik verfolgen.

Einer anderen Form der Augenschädigung durch die Geburtszange hat Levy (9) sein Interesse zugewandt, nämlich dem — selten nach spontanem Geburtsverlauf beim engen Becken — häufiger durch Zangendruck erzeugten Bruch der Orbita, sowie der Kompression der Augenhöhle mit Exophthalmus. Meist gehen die Augenstörungen spontan zurück.

7. Syphilis des Neugeborenen.

1. Carle, Quatrième et dernière note sur l'hérédo-syphilis, ses lois, et leur interprétation. Ann. d. dermat. et de syph. Tome 4. p. 451—460. (Verfechtung des Grundsatzes, dass die Mutter eines luetisch geborenen Kindes selbst luetisch und behandlungsbedürftig ist, selbst wenn sie keinerlei sonstige Symptome aufweist. Umgekehrt ist das Kind einer luetischen Mutter fast immer luetisch, wenn ausnahmsweise nicht, dann ist es aber jedenfalls nicht immun.)
2. Chambrelent, Le salvarsan chez le nouveau-né. Arch. mens. d'obst. et de gyn. Tome 2. p. 356—402. (Übersichtsreferat. In Frankreich wird für die direkte Injektion des Neugeborenen pro Kilogramm Körpergewicht 10—15 mg Neosalvarsan bevorzugt.)
3. Epstein, A., Über die Bedeutung der Wassermannschen Reaktion in der Säuglingsfürsorge. Prager med. Wochenschr. Bd. 38. p. 621—622. (Durch die obligatorische Einführung der Wassermannschen Reaktion wurden im Prager Findelhaus 10% der Mütter und 3,3% der Kinder als luetisch erkannt. Von den Müttern hatten 3% der positiven keinerlei klinisches Symptom von Lues dargeboten.)
4. Jeanselme, E., Syphilis et nourrisson. Journ. de méd. de Paris. Tome 33. p. 199 bis 200. (Wie vorsichtig man mit dem Anlegen „lebensschwacher" Kinder bei gesunden Ammen sein muss, beweist der von Jeanselme mitgeteilte Fall: Nicht ganz drei Monate nach dem ersten Anlegen eines später an Syphilis verstorbenen Neugeborenen erkrankte die Amme mit Primäraffekt in der Areola der linken Brust, geschwollenen Lymphdrüsen der linken Achselhöhle und Karotisgegend und indolentem Erythem des Rachenisthmus. Das später an dieser Brust gestillte Ammenkind zeigte nachher ebenso wie die Mutter positiven Wassermann. Verf. schlägt zur Prophylaxe Einführung der obligatorischen Untersuchung des Kindes und einer Gesundheitserklärung des Vaters vor.)
5. Lévy-Bing, A., et L. Durveux, Traitement de la syphilis des nourrissons. L'enfance. Tome 1. p. 28—39. (Empfehlung folgender Therapie: Mutterbrust, eventuell syphilitische Ammenbrust. Einreibungen mit grauer Salbe (Kalomel per os obsolet, ebenso Sublimatbäder), Injektion löslicher Quecksilbersalze. Jod und Salvarsan nicht empfohlen, da in der Wirkung zu unsicher.)
6. Sabin, Berthe, Etude de la loi de Proféta par la séro-réaction de Wassermann. Ann. des malad. vénér. Tome 8. p. 263—281. (Von 23 untersuchten Fällen war die Reaktion positiv bei sämtlichen Müttern; ebenso bei 16 Kindern innerhalb der ersten Woche, fünf davon zeigten manifeste luetische Symptome und starben. Von den sieben Kindern mit anfangs negativer Reaktion wurde in vier Fällen die Reaktion positiv im zweiten Lebensmonat, bloss bei dreien blieb sie bis zum sechsten Monat negativ. Es handelt sich also nicht um Immunität der Kinder, sondern fast immer um latente Infektion. Je später in der Gravidität die mütterliche Infektion erfolgte, desto grösser sind die Chancen für das Kind, der Infektion zu entgehen. Während bei positiver Reaktion des Neugeborenen dieses unbedenklich die Mutterbrust erhalten soll, darf bei negativer Reaktion nur die künstliche Ernährung in Frage kommen, vorsichtigerweise muss aber auch hier die antiluetische Kur eingeleitet werden.)
7. Simpson, J. W., and L. Thatcher, The treatment of congenital syphilis by salvarsan. Brit. med. Journ. Nr. 2748. p. 534—536. (Bericht über 40 Fälle im Alter von einem Monat bis 11 Jahren, die mit Salvarsan intravenös (0,01 g pro 1 kg Körpergewicht) behandelt wurden; dabei sieben Todesfälle.)

8. Uhlenhuth, P., und P. Mulzer, Über die Infektiosität von Milch syphilitischer Frauen. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 879—881. (Dass die Milch syphilitischer Frauen infektiös sein kann, ohne dass direkt mikroskopisch der Nachweis der Spirochaeta pallida gelingt, konnten Uhlenhuth und Mulzer durch Verimpfung der fraglichen Milch auf Kaninchenhoden nachweisen. In zwei von acht untersuchten Fällen, die alle mikroskopisch spirochätenfrei waren, gingen einwandsfreie Hodensyphilome des Kaninchens an. In dem einen der beiden positiven Fälle stammte die Milch von einer symptomenlosen (bloss positiver Wassermann!) Mutter eines manifest luetischen Kindes, in dem anderen von einer frisch infizierten, allgemein syphilitischen Frau mit manifesten Symptomen.)

8. Icterus neonatorum.

1. Bédier, E., Recherches sur les causes de l'ictère idiopathique des nouveau-nés. Paris, Vigot frères. Frs. 1.50.
2. Hirsch, A., Befunde beim Icterus neonatorum. Mitteil. d. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. Bd. 12. p. 149—150. (Die Tatsache, dass das Serum des Nabelschnurblutes einen höheren Bilirubingehalt zeigt als dasjenige des zugehörigen Plazentarblutes, weist darauf hin, dass bereits vor der Abnabelung ein Grund für den Ikterus bestehen muss, dass also der Ikterus ein angeborener ist.)
3. — Die physiologische Ikterusbereitschaft des Neugeborenen. Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 9. p. 196—207.
4. — Icterus neonatorum und Gallenfarbstoffreaktion beim Föten und Neugeborenen. Münchn. med. Wochenschr. p. 2346. (Bemerkung zu der Arbeit Yllpös unter Hinweis auf die Priorität gleicher Resultate.)
5. Maliwa, E., Beitrag zur Kenntnis des Icterus neonatorum. Med. Klin. Bd. 9. p. 297 bis 300. (Die von Cesaris Demels besonders im Blute neugeborener Tiere gefundenen „Hématies granuleuses", eine mit Brillantkresylblau sich bläulich färbende intrazellulär gelagerte Masse, die in feinen Pünktchen oder Fädchen und Schleifen bald regellos, bald kranzförmig im Erythrozyten zu erkennen ist, hat Maliwa an dem Material der Greifswalder Frauenklinik auch beim menschlichen Neugeborenen zahlreicher nachweisen können als im Blute Erwachsener. Er glaubt, dass diese gefärbten Blutzellen die letzten verschwindenden Reste aus der späten Embryonalzeit darstellen, die in einem gewissen Sinne die Zwischenstufe zwischen fertig gebildeten und kernhaltigen Erythrozyten darstellen, die ja auch manchmal in spärlichen Exemplaren im Blute des Neugeborenen gefunden werden können. Auf Grund der Feststellung, dass bei Anwesenheit der „Hématies granuleuses" in einem grösseren Prozentsatz (über 2%) die Neugeborenen sicherer und stärker einen Ikterus bekommen, als bei deren Anwesenheit in einer niedrigeren Prozentzahl, hält Maliwa diese Befunde für geeignet, der sog. hämatogenen Theorie endgültig Anerkennung zu verschaffen. Der Ikterus setzt ein mit dem raschen Verschwinden dieser eigenartig gefärbten halbreifen und mindertauglichen Erythrozyten, die einer frühen Elimination verfallen.)
6. Schmitz, W., Untersuchungen zur Pathogenese und Klinik des Icterus neonatorum. Diss. Giessen.
7. Ylppö, A., Icterus neonatorum (inkl. Icterus neonatorum gravis) und Gallenfarbstoffsekretion beim Fötus und Neugeborenen. Quantitative (spektrophotometrische) Studien über das Verhalten des Gallenfarbstoffes im fötalen und im Neugeborenenorganismus. Zeitschr. f. Kinderheilk. Orig.-Bd. 9. p. 208—318.
8. — Icterus neonatorum und Gallenfarbstoffsekretion beim Fötus und Neugeborenen. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 2161—2162. (Mit Hilfe einer eigens ausgearbeiteten spektrophotometrischen Methode, die nicht beschrieben wird, hat Ylppö systematisch bei ikterischen und nichtikterischen Neugeborenen vom Geburtsmoment an bis zum Ende der zweiten Woche 1. die Gesamtausscheidung von Gallenfarbstoff im Stuhl und Urin, 2. den Gallenfarbstoffgehalt des Blutes quantitativ bestimmt und kam so zu dem Resultat, dass der Icterus neonatorum rein hepatogenen Ursprungs ist und in der Regel ganz unbeeinflusst von eingetretenen Infektionen verläuft. Er beruht darauf, dass die Leber der Neugeborenen noch einige Zeit nach der Geburt einen Teil von Gallenfarbstoff ins Blut übergehen lässt, wie dies jede fötale Leber tut. Der Icterus neonatorum ist daher eine physiologische und einheitliche Erscheinung, die allerdings bisweilen eine pathologische Stärke erreichen kann.)

9. Melaena neonatorum.

1. Blühdorn, K., Die Therapie sog. unstillbarer Blutungen im Säuglingsalter. Berliner klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 14—16. (Je ein Fall von Melaena neonatorum, Purpura abdominalis (Henoch) und Nabelblutung bei Sepsis mit schwerstem Ikterus konnten mit einer kombinierten Serumkalktherapie geheilt werden. Als Serum wurde Diphtherieserum (2,5—3,8 ccm) subkutan, im letzten Falle auch lokal verwendet, der Kalk in Form von Kalziumchlorid oder Calcium aceticum (3—6 g täglich pro os) z. B. nach folgendem Rezept zugeführt: Rp. Calc. acetic. 10,0, Liq. ammon. anis. 2,0, Gummi arab. 1,0, Saccharin q. s., Aq. dest. ad 200,0. Bei subkutaner Anwendung von Kalziumgelatine wurden Temperatursteigerungen und stundenlange Schmerzen beobachtet.)
2. Commandeur, Hémorrhagie gastro-intestinale du nouveau-né par ulcération de l'estomac; mort. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Tome 2. p. 702—703. (Dass trotz reichlicher Gelatinetherapie die Melaena nicht immer heilbar ist, beweist der Fall Commandeurs, bei dem als Quelle der Blutung bei der Autopsie ein kleines Magengeschwür von 2—3 mm Durchmesser an der grossen Kurvatur gefunden wurde.)
3. Franz, R., Serum therapy in melaena neonatorum. Med. rev. Vol. 16. p. 198—200. (Mitteilung von fünf Melaenafällen, die durch Injektion von 10—20 ccm Menschenserums geheilt wurden. Einmal musste die Injektion dreimal wiederholt werden, sonst genügte eine Injektion.)
4. Gallas, P., De l'ulcerè du duodenum chez le nouveau-né et le nourrisson. Nourrisson. Tome 1. p. 331—344. (Besprechung des klinischen Bildes und Mitteilung eigener Fälle.)
5. Lövegren, E., Erfahrungen und Studien über Melaena neonatorum. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 78. p. 249—277. (Bericht über drei histologisch untersuchte und 10 klinisch beobachtete Melaenafälle. Die Häufigkeit des Auftretens der Melaena verhält sich zur Geburtenzahl wie 1 : 486. Therapie: 10% Gelatinelösung oder Serum subkutan, bei grossem Blutverlust Bluttransfusion.)
6. Merckens, A., Ein Fall schwerster Melaena neonatorum, geheilt durch Injektion von defibriniertem Menschenblut. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 971—973. (Die von Morawitz zur Behandlung schwerer Anämien vorgeschlagene intramuskuläre Injektion von defibriniertem Menschenblut hat Merckens an der Siegertschen Klinik auch für die Behandlung der Melaena versucht und zwar mit bestem Erfolg: nach einmaliger Injektion von 12 ccm defibrinierten Menschenblutes intraglutäal war die Blutung gestillt. Das Blut wird aus der Armvene eines Erwachsenen in sterilem Erlenmeyerschen Kölbchen aufgefangen, mit Glasperlen 15 Minuten lang defibriniert, das defibrinierte Blut nach $^1/_2$—$^3/_4$ Stunden intramuskulär injiziert.)
7. Meyers, Sidney J., Haemophilia in an infant, treated with normal horse serum. Report of case. Louisville monthly Journ. Vol. 19. p. 266—272.
8. v. Mielecki, Magengeschwüre bei Neugeborenen. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 564—565. (Im Magen eines am vierten Lebenstage gestorbenen Mädchens zahlreiche punkt- bis linsengrosse Geschwüre, wohl der Ausdruck einer schweren katarrhalischen Entzündung.)
9. Nürnberger, L., Volvulus als Ursache von Melaena neonatorum. Samml. klin. Vortr. Nr. 679. p. 639—667. (Guter historischer Überblick, Mitteilung eines seltenen Falles, ausführliche Literaturangabe.)
10. Schloss, O., Remarks on the etiology and pathology of hemorrhagic disease in the new-born. Amer. Journ. of Obst. Vol. 67. p. 820—823. (Erörterung der verschiedenen Ursachen der Hämorrhagien bei Neugeborenen [Hämophilie, Sepsis, Lues, Melaena, Chloroformnarkose [?], Gefässerkrankung].)
11. Welch, E. J., Human serum treatment for hemorrhagy diseases of the new-born. New York State Journ. of Med. Vol. 13. p. 588—591. (Gute Erfahrungen mit subkutaner Injektion von Menschenserum [2—4 mal täglich je 30 g].)

10. Ophthalmoblennorrhöe.

1. Anlauff, A., Die Sopholprophylaxe bei Neugeborenen und ihre Leistungsfähigkeit. Diss. Greifswald.
2. Attias, G., Oftalmoblenorrea dei neonati pseudomembranosa da „bacillus subtilis". Arch. di ottalmol. Vol. 20. p. 573—588. (Serös-eitrige Konjunktivitis mit teilweise

gelblichen Belägen, angeblich durch Bac. subtilis verursacht. Erzeugung derselben Erscheinungen beim Kaninchen experimentell mit diesem selben Bazillus gelungen. Warnung vor Verwechselung dieser Konjunktivitis mit Pseudomembranbildung mit Diphtherie.)
3. *Credé-Hörder, C., Histologische Untersuchung der Ätzwirkung der Prophylaktika. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. p. 310—320.
4. *— Über die „Spätinfektion" der Ophthalmoblennorrhoe. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 23—24.
5. *— Die Augeneiterung der Neugeborenen. S. Karger. 140 S. Mk. 5.—.
6. — Warum konnte die Blennorrhoe nicht abnehmen? Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 116—118.
7. — Über nichtgonorrhoische Ophthalmoblennorrhoen der Neugeborenen und Säuglinge. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 74—75. (Mitteilung des klinischen und bakteriologischen Befundes bei den durchaus nicht so seltenen nichtgonorrhoischen Augenentzündungen. Am häufigsten kommen als Erreger in Betracht: grampositive Diplokokken, Pneumokokken und Kolibakterien. Therapie: Borsäurespülungen und Einträufelung von 1,3% Argentum aceticum am 1. und 5. Tage.)
8. *Cheney, F. E., The central of ophthalmia neonatorum in Massachusetts with suggestions for the improvement of existing conditions. Boston Med. and Surg. Journ. Vol. 168. p. 117—122.
9. *Claiborne, J. H., A severe caustic effect produced upon the eye by the use of a 2 per cent solution of nitrate of silver. Med. Times. Vol. 41. p. 274.
10. *Grosz, E. v., Obligatorische Prophylaxe gegen die Augeneiterung der Neugeborenen. Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. Bd. 51. p. 695—696.
11. *Heckel, E. B., Ophthalmia neonatorum and its relation to blindness. Pennsylvania med. Journ. Vol. 16. p. 278—289.
12. Reid, G., Ophthalmia neonatorum. Journ. of the roy. sanit. inst. Vol. 34. p. 107—112. (Forderung der allgemeinen Einführung der Anzeigepflicht für alle Fälle von Ophthalmia neonatorum durch Hebamme oder Arzt.)
13. Verrey-Westphal, Recherches de l'action des sels de zinc dans la conjunctivite diplobacillaire. Ann. d'oculist. Tome 150. p. 165—182. (Bakteriologische, klinische und zytologische Untersuchung über die Einwirkung der verschiedenen Zinksalze auf die Ophthalmoblennorrhoe.)
14. Weidenbaum, G., Zur Blennorrhoeprophylaxe am Neugeborenen. Petersb. med. Zeitschr. Bd. 38. p. 134—136.

In einer Reihe gründlicher Arbeiten tritt Credé-Hörder für die von seinem Grossvater inaugurierte Ophthalmoblennorrhoeprophylaxe ein.

Histologische Untersuchung der Ätzwirkung der Prophylaktika an jungen Kaninchenaugen, sowie am Auge eben verstorbener Neugeborener, denen Silberpräparate eingeträufelt waren, ergaben übereinstimmend, dass die katarrhalische Reizung hauptsächlich die Innenfläche der Palpebra, sowie die Übergangsfalten der Conjunctiva palpebrarum in die Conjunctiva bulbi betrifft. Die Kornea selbst zeigte sich immer intakt. Schon nach wenigen Tagen war auch an der Konjunktiva das histologische Bild wieder normal. Am stärksten reizt Argentum nitricum, weit weniger Arg. aceticum und Sophol. Durch Umfrage an sämtlichen deutschen Universitäts-Frauen- und Augenkliniken, sowie an sämtlichen Hebammenschulen wurde festgestellt, dass eine dauernde Schädigung durch prophylaktische Einträufelung niemals beobachtet wurde.

Die von Claiborne (9) mitgeteilte schwere Verätzung der Konjunktiva eines 18jährigen Mannes durch eine ursprünglich zwar 2%ige, durch Altern aber offenbar eingedickte Silbernitratlösung beweist allerdings aufs neue die Wichtigkeit der Verwendung frischer Lösungen. Hierzu dürften die von Weidenbaum (14) empfohlenen Merckschen Pastillen (0,1 Arg. nitric. mit 0,1 Cal. nitric.) wegen ihrer bequemen Handhabung und guten Haltbarkeit ein willkommenes Mittel darstellen.

Als Erklärung für die 20% aller Ophthalmoblennorrhoen darstellenden Spätinfektionen glaubt Credé-Hörder (4) viel seltener eine indirekte Über-

tragung (von den Genitalien, durch die Hände oder Wäsche), als ein Verweilen der Gonokokken in den Schlupfwinkeln der Meibomschen Drüsen heranziehen zu müssen. Erst wenn es in den Drüsen zur Abszedierung gekommen sei, trete der Eiter durch die klaffenden Drüsengänge nach aussen und führe so zur Spätinfektion der Konjunktiva. Als Beweis werden zwei Fälle angeführt.

Der heutige Stand der Lehre von der Augeneiterung der Neugeborenen findet sich zusammengefasst in der sehr lesenswerten monographischen Abhandlung über Ätiologie, Pathologie, Therapie und Prophylaxe der Blennorrhoea neonatorum durch Credé-Hörder (5). Da immer noch 12,39% an den Folgen der Blennorrhoe erblinden — die nicht gonorrhoischen Erkrankungen verlaufen immer ohne Beteiligung der Kornea! — muss unbedingt prophylaktisch noch mehr geschehen. Verf. verlangt obligatorische Einführung der Credéschen Prophylaxe für jedes Neugeborene mit Arg. nitric., Arg. acetic. oder Sophol; ferner Einführung der gesetzlichen Meldepflicht der Blennorrhoe für Arzt, Hebamme und Eltern. Unentgeltliche Behandlung für Bedürftige, womöglich durch Ophthalmologen. Den Anfang zu einer derartigen weitgehenden Prophylaxe finden wir in einigen ausserdeutschen Staaten bereits gemacht. So berichtet Heckel (11), dass zur Bekämpfung der Ophthalmie in Pennsylvanien alle Hebammen und Schwestern ein Merkblatt erhalten über Verhütung, Erkennung und erste Behandlung der Ophthalmie, ausserdem Packungen von zwei Ampullen mit 1% Silbernitratlösung mit Gebrauchsanweisung. Ferner gibt Cheney (8) eine Übersicht der gesetzlichen Bestimmungen des Staates Massachusetts, die in den Jahren 1907, 1910 und 1912 zur Kontrolle der Ophthalmia neonatorum erlassen wurden. Empfehlung von 25% frisch bereiteter Argyrollösung zur Durchführung der allgemeinen Prophylaxe.

Endlich zeigt eine Mitteilung von Grósz (10), dass durch ungarischen Ministerialerlass die obligatorische Prophylaxe mit 1% Arg. acetic. für die Hebammen bereits eingeführt ist.

VI.

Pathologie der Gravidität.

Referent: Privatdozent Dr. Hinselmann, Bonn.

Schwangerschaftstoxämien, Hyperemesis gravidarum, Ptyalismus gravidarum.

1. Albeck, Et Tilfaelde af Hyperemesis gravidarum. (Ein Fall von Hyperemesis gravidarum.) [Schwangerschaftsintoxikation.] Ges. f. Gyn. u. Obst. 12. März. Ref. Ugeskrift for Laeger, Kopenhagen. p. 2027—2028. (O. Horn.)
2. Arbekow, Ein Fall von akuter Leberatrophie bei Schwangerschaft. Wratsch. Gaz. Nr. 31. Sitzungsber. d. geb.-gyn. Ges. zu Moskau. (Typisches Bild der akuten Leberatrophie, jedoch ohne Ikterus, im dritten Schwangerschaftsmonat. Abortus artificialis. Tod. Sektion: Gewicht der Leber 1150 g; mikroskopisch: Nekrose der zentralen Leberzellen.) (H. Jentter.)
3. Asch, Robert, Über das Erbrechen der Schwangeren. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 28. (Die Arbeit birgt eine Fülle höchst bemerkenswerter Überlegungen. Asch

wendet sich gegen die Auffassung der Hyperemesis als durch Hysterie bedingt. Er rät zur sorgfältigsten individualisierenden Beobachtung. Eingehend wird erörtert, ob nicht das Schwangerschaftserbrechen durch zu lange Pausen in der Nahrungsaufnahme erklärt werden könne.)

4. Awtokratow, Der diätetische Wert der sibirischen Zedernuss. Nowoje w Med. Nr. 7. (Awtokratow hebt den hohen Nährwert der sibirischen Zedernuss hervor (59,9% Fett, 16,56% Eiweiss, 12,39% Kohlehydrate und nur 2,19% Zellsubstanz). Ein Pfund gibt 1088,65 Kalorien Wärme und empfiehlt sie unter anderem als Nahrungsmittel bei Unterernährung und Vomitus gravidarum.) (H. Jentter.)

5. Bondarew, Zur Frage über den pathologischen Speichelfluss während der Schwangerschaft (Ptyalismus gravidar.). Wratsch. Gaz. Nr. 12. Sitzungsber. d. geb.-gyn. Ges. zu Kiew. (Die 23jährige Multipara hatte bereits zweimal künstlichen Abort wegen Hyperemesis bestanden. Jedesmal bestand auch Speichelfluss. Bei der Aufnahme wird Schwangerschaft von 3½ Monaten konstatiert. Einen Monat besteht bereits Speichelfluss. Patientin kann weder schlafen, noch essen. Körpergewicht 4 Pud 3 Pfund. Temperatur 37,3. Puls 90. Tags darauf Gewicht 4 Pud. Speichelfluss 800 ccm. Im Laufe des nächsten Tages Gewichtsverlust von 5 Pfund. Ohnmacht. Halluzinationen. Irregulärer Puls. Die Schwangerschaft wurde unterbrochen. Der Allgemeinzustand besserte sich. Patientin wurde am siebenten Tage gesund entlassen.) (H. Jentter.)

6. Corbett, Dudley, The excretion of amylolytic ferments in the urine during the toxaemias of pregnancy. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 23. Nr. 4. (Nach dem Vorgehen Wohlgemuths (Zeitschr. f. Urol. 1911, Nr. 5) wurde der Diastasegehalt des Urins von Eklampsien und Albuminurien geprüft. Wenn die Nieren stark beteiligt waren, war der Diastasegehalt des Harns ein geringer. Verf. empfiehlt die gleichzeitige Untersuchung des diastatischen Vermögens des Serums.)

7. Czyzewicz, Einige weitere Bemerkungen zur Hyperemesis gravidarum vom heutigen Standpunkte der Wissenschaft aus betrachtet. Lwowski Tygodnik Lekarski. Nr. 43, 44, 45, 46, 48, 49. (Polnisch.) (v. Neugebauer.)

8. Eichmann, Elise, Schwangerschaftstoxikodermien durch Ringersche Lösung geheilt. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 4. (Berichtet über drei Fälle von Schwangerschaftsdermatose, die durch intramuskuläre Injektion von 150—190 ccm Ringerscher Lösung geheilt wurden.)

9. Engel, Emil, Zur Therapie der Schwangerschaftstoxikose. Deutsche med. Wochenschrift. Nr. 39. (Eine IIIpara mens. V—VI, die seit Beginn der Gravidität krank ist, wird unter dem Bilde einer schweren Peritonitis und in der Annahme einer geplatzten Pyosalpinx laparotomiert. Es findet sich ein Dermoid neben dem schwangeren Uterus. Es wird entfernt. Da Patientin weiter fiebert und der Allgemeinzustand sich sehr verschlechtert, wird am dritten Tage post operationem der Uterus mittelst Kolpohysterotomie entleert. Von da an erholt Patientin sich schnell. Verf. schliesst daraus, dass erst die Entleerung des Uterus Erfolg, und zwar prompten Erfolg hatte, dass eine Schwangerschaftstoxämie dem ganzen Bilde zugrunde lag.)

10. Evans, Hoher Blutdruck bei Schwangerschaftstoxikosen. Monthly Cyclopaedia and Med. Bull. 1912. Nov. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 15.

11. — J., Blood pressure in toxemias of pregnancy. Monthly Cyclop. and Med. Bull. 1912. N. s. XV. p. 649. Ref. The Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 67. p. 1018.

12. Freund, R., und Uebelmesser, Behandlung von Toxikodermien in und ausserhalb der Schwangerschaft. Charité-Annalen. 36. Jahrg. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 15.

13. Grube und Reifferscheid, Weitere Untersuchungen über die Schwangerschaftstoxämie. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 30. (1. Der Ätherextrakt des Blutes nichtträchtiger Kaninchen ist für andere Kaninchen nie giftig. 2. Der Ätherextrakt des Blutes trächtiger Kaninchen ist für andere Kaninchen stark giftig. 3. Der Giftstoff wurde nicht aus dem Blutserum, sondern aus den Blutkörperchen gewonnen. 4. Durch Verarbeiten des Blutes dreier trächtiger Tiere gelang es, einen Körper in geringer Menge zu isolieren, der, in wenig physiologischer Kochsalzlösung aufgenommen und injiziert, dieselben heftigen Vergiftungserscheinungen hervorrief, wie der einfache Ätherextrakt. Autoreferat.)

14. Heinrichsdorff, Die Beziehungen der Hyperemesis gravidarum zur akuten gelben Leberatrophie und sonstigen Sektionsbefunden. Arch. f. Gyn. Bd. 99. (Unter kritischer Sichtung des bisher vorliegenden Materials und auf Grund einer eigenen Be-

obachtung tritt Heinrichsdorff dafür ein, dass der Sektionsbefund nicht die toxische Natur der Hyperemesis beweise. Die Veränderungen, die gefunden würden, seien wohl auf toxische Einwirkungen zu beziehen, aber jüngeren Datums als die Hyperemesis.)

15. Herrgott, Vomissements incoercibles et rétroversion de l'utérus gravide. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris etc. Nr. 2. (Grav. mens. II—III. Seit ca. einer Woche Hyperemesis. Aufrichten des retrovertierten Uterus. Vorübergehende Besserung. Die erneute Untersuchung zeigt, dass der Uterus wieder retrovertiert liegt. Er wird wieder aufgerichtet. Einlegen eines Pessars. Dauerheilung.)

16. Hilferding-Hönigsberg, Zur Behandlung der Schwangerschaftsbeschwerden. Wiener med. Wochenschr. Nr. 46. 1912. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 1.

17. King, The toxaemias of pregnancy. Sheffield med.-chir. Soc. Lancet. p. 1025. April.

18. Lepage et Tiffeneau, Notes sur deux cas de vomissements graves de la grossesse. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris etc. Nr. 6. p. 545. (1. Letzte Menses 29. bis 31. August 1912. Anfang Oktober beginnt das Erbrechen. Nachdem die Frau trotz aller ärztlicher Bemühungen 39 Pfund abgenommen hat, wird sie am 20. November eingeliefert. Im Urin kein Eiweiss, kein Zucker. 22. November 12 ccm normalen Schwangerenserums injiziert. Geringe Besserung. 24. November 35 ccm Serum. Am 25. November noch einmal Erbrechen, dann bis zur Entlassung am 12. Dezember kein Erbrechen mehr. Zu Hause sofort wieder Erbrechen, fast einen Monat lang. Nach vorübergehender Albuminurie mit Ödemen normale Entbindung. 2. Im zweiten Falle wird das Erbrechen ohne Erfolg mit Adrenalin und einer einmaligen Injektion von 20 ccm Diphtherieserum behandelt. Künstlicher Abort. Die Urinveränderungen werden in diesem Falle eingehend studiert. Sie werden auf die Inanition bezogen.)

19. Mayer, A., Über die therapeutische Verwendung von normalem Schwangerenserum. Med.-naturwiss. Verein Tübingen. 10. Febr. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 25.

20. Neu, Zur Pathologie und Therapie der Hyperemesis gravidarum. Naturhistor.-med. Verein zu Heidelberg. 3. Juni. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 35. p. 1969—1970. (Die Hyperemesis wird als Frühform der atypischen Schwangerschaftstoxikose angesprochen.)

21. Oui, M., Sérothérapie des vomissements graves de la grossesse. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. Nr. 3. (Letzte Menses vom 20.—26. Juni. Erbrechen von Anfang Juli an. 27. September Uterus etwa mens. II. Puls 128—140. Subfebrile Temperatur. Ikterus. 300 ccm Urin. Am 28. September Injektion von 10 ccm Serum einer Schwangeren mens. III. Kein nennenswerter Erfolg. 2. Oktober Injektion wiederholt. Bis zum 8. Oktober noch vereinzelt Erbrechen, von da an kein Erbrechen mehr. 21. Oktober Abort [mumifizierter Föt, 10 g].)

22. Rémy, Vomissements incoercibles, mort de l'embryon, cessation des vomissements. Soc. obst. et gyn. de Nancy. 16 Juillet. Ref. La Gyn. Nr. 9.

23. — Vomissements incoercibles. Mort de l'embryon. Cessation des vomissements. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris etc. Nr. 7. (Letzte Menses 10. August. Vom September ab Erbrechen. Im Oktober wird die Situation kritisch, da Patientin nichts mehr bei sich behält. Der retrovertierte und deszendierte Uterus wird aufgerichtet und mit Glyzerintampons in der neuen Lage erhalten. Von da an schnell zunehmende Besserung. Anfang Dezember wird ein schon längere Zeit abgestorbenes Ovulum ausgestossen.)

24. Routh, Amand, Observations on the toxaemias of pregnancy, and on engenics from the obstetric standpoint. Lancet. July 12. (Weist auf den hohen Wert der physiologischen Chemie für die Erkenntnis der Schwangerschaftstoxämien hin und bespricht die mannigfachen sozialen Momente, die die Sterblichkeit der Mütter und Kinder herabzudrücken geeignet sind.)

25. Rubeska, Normales Schwangerenserum bei unstillbarem Erbrechen der Schwangeren. Zeitschr. f. Gyn. Nr. 9. (Berichtet über zwei Fälle von Hyperemesis, bei denen die Injektion von normalem Schwangerenserum keinen Erfolg hatte.)

26. Rübsamen, Weiterer Beitrag zur Schwangerschaftsserumtherapie der Schwangerschaftstoxikosen. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 20. (Zwei Fälle mit Erfolg mit Injektionen von Schwangerenserum behandelt.)

27. Schtschukin, Zur Pathologie und Therapie der Hyperemesis und der Eklampsie in der Schwangerschaft. Wratsch. Gaz. Nr. 41. (Unstillbares Erbrechen Schwangerer, Eklampsie und Herpes gestationis sind Teilerscheinungen einer Schwangerschaftstoxikose. Verf. empfiehlt die innere Sekretion der Ovarien und der Nebennieren durch Präparate zu ersetzen. Er bringt vier Krankengeschichten: bei Hyperemesis führte

in zwei Fällen Adrenalin, Clin in einem Falle Ovariin-Poehl zur Heilung. In einem Falle von Eclampsia graviditatis wirkte Ovariin vorzüglich.) (H. Jentter.)

28. Shears, G. P., New method of treating toxemia of pregnancy. Med. Record. New York. Jan. 11. Vol. 83. Nr. 2. Ref. Journ. Amer. Med. Assoc. Jan. 25. (Sauerstoffinhalationen!)
29. Sosier, Die intersexuelle Reaktion des menschlichen Blutes. Ein Beitrag zur Frage der Graviditätstoxämie. Arch. mens. d'obst. et de gyn. 1912. Nov. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 32. p. 1214. (Die Ursache der Graviditätsintoxikation liegt in dem paternellen Anteil des Eies.)
30. Sperling, Ein Fall von unstillbarem Erbrechen bei Retroversio uteri puerperalis. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 2. (Letzte Menses Mitte Dezember 1911. Im dritten Monat Erbrechen, das bis zum spontanen Abort im Mai 1912 sich steigert. Nach dem Abort noch täglich Erbrechen bis zu einer Abrasio, die drei Wochen post partum wegen einer starken Blutung gemacht wurde. Sechs Tage lang kein Erbrechen. Von da an täglich Erbrechen bis Mitte September 1912. Von da an behält Patientin überhaupt keine Nahrung mehr bei sich. Von interner Seite wird kein organisches Leiden gefunden. Genitalbefund: Hyperinvolutio et Retroversio uteri. Zervikalkatarrh. 12. Oktober Abrasio — keine fötalen Teile. Seit der Zeit kein Erbrechen mehr. Patientin wird mit anteflektiertem Uterus 15 Tage post abrasionem entlassen. Bezüglich der Ätiologie wird auf die zarte Konstitution der Frau verwiesen.)
31. Spire, Polyneurite gravidique sans vomissements incoercibles. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris etc. Nr. 5. p. 500. (Spire berichtet über einen hochinteressanten Fall, den er als eine Graviditätspolyneuritis anspricht. Die 31jährige Frau hatte vier normale Schwangerschaften durchgemacht. Im sechsten Monat der fünften Gravidität erkrankte sie mit Kribbeln in beiden unteren Extremitäten. Diese Empfindungen wurden sehr bald sehr schmerzhaft. Allmählich wurde das Gehen beschwerlich und nach 14 Tagen konnte die Patientin das Bett nicht mehr verlassen. Gleichzeitig entwickelte sich eine leichte Schwäche der beiden oberen Extremitäten und die Hände wurden ungeschickt. Dann entwickelte sich das Gefühl einer schmerzhaften Erstarrung in beiden oberen Extremitäten. Von jetzt ab konnte Patientin die Nahrung nicht mehr selbst zu sich nehmen. Allmählich entwickelte sich dann eine Inkontinenz von Blase und Mastdarm. 14 Tage nach Ausbruch der Krankheit stieg der Puls und etwa sechs Wochen nach dem Beginn der Störungen war der Puls um 120. Die Patientin hatte eine hochgradige Pigmentierung des Gesichtes, wie sie es in früheren Schwangerschaften nicht gehabt hatte. Die Muskulatur der unteren Extremitäten ist beträchtlich atrophiert und sehr druckempfindlich. Die Patellarreflexe sind nicht auszulösen. Die Muskulatur der oberen Extremität ist paretisch; besonders sind die Extensoren betroffen. Die Finger können noch etwas bewegt werden. Auch hier Atrophie und partielle Druckempfindlichkeit. Es wird die Frühgeburt eingeleitet. Das Kind entspricht dem siebenten Monat und lebt sieben Stunden. Die Lähmungserscheinungen gehen ganz allmählich zurück. Zuerst funktionieren die Sphinkteren wieder, dann die oberen Extremitäten. Doch kann die Frau erst nach einem Monat wieder allein essen. Trotz sorgfältigster neurologischer Behandlung kann Patientin erst fünf Monate nach der Entbindung aufstehen und wieder einen Monat später ihre gewohnte Beschäftigung wieder aufnehmen. Patientin hatte kein Albumen im Urin und nie Erbrechen während der Schwangerschaft. Job in der Diskussion: Es fragt sich, ob es sich nicht um eine Myelitis gehandelt hat.)
32. — Polynéurite gravidique sans vomissements incoercibles. Soc. obst. et gyn. de Nancy. 21 Mai. Ref. La Gyn. Nr. 9.
33. Sternberg, Neue Gesichtspunkte für Ätiologie und Therapie des Erbrechens in der Gravidität, bei Tabes und in der Seekrankheit. Arch. f. Verdauungskrankh. mit Einschluss der Stoffwechselpathologie und der Diätetik (Boas). Bd. 19. Heft 4. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 47.
34. Stolper, Zur Ätiologie und Diagnose der Hyperemesis gravidarum. 85. Vers. deutsch. Naturf. u. Ärzte in Wien. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 42. p. 1565. (Die Hyperemesis eine Graviditätstoxikose. Es handelt sich nicht so sehr um eine Überproduktion von Giften, als um eine mangelhafte Funktion des Entgiftungsmechanismus. Die Intoxikation wird durch ins Blut gelangende Bestandteile der Plazenta hervorgerufen.)
35. Stolz, Max, Zur Hyperemesis gravidarum. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 3. (Die vom Ei ausgehenden Giftstoffe führen deshalb so leicht zum Erbrechen, weil das gesamte Nervensystem während der Schwangerschaft sehr leicht erregbar ist. Ist die Reiz-

schwelle des Nervensystems infolge irgend eines Momentes besonders niedrig, wird um so eher Erbrechen eintreten. Deshalb muss bei der Behandlung diese Empfindlichkeit des Nervensystems gemildert werden durch subkutane oder rektale Einverleibung von Narkotizis. Verf. hat mit Erfolg Opiumzäpfchen (dreimal täglich 0,03) oder Pantoponsuppositorien (dreimal 0,01) verwandt. In der gleichen Richtung der Beruhigung und Kräftigung des Nervensystems müssen auch die anderen therapeutischen Massnahmen wirken.)

36. Tulcy, Henry Enos, Die Schwangerschaftstoxämien. Verhandl. der amer. Ges. f. Geb. u. Gyn. 25. Jahresvers. zu Toledo (Ohio). Sept. 1912. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 36. (Steigen des Ammoniakstickstoffs auf 10% und mehr des Gesamtstickstoffs (normal 3—5%) gilt als Zeichen drohender Eklampsie.)

37. Tuszkai, Indikationen zur Unterbrechung der Schwangerschaft bei Hyperemesis und Herzkrankheiten. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 37. p. 1816.

38. Viannay, Un cas de vomissements incoercibles de la grossesse traités par la transfusion directe du sang de femme enceinte. Soc. d. scienc. méd. Saint-Etienne. 5 Févr. La Presse méd. Nr. 45. (Viannay hat durch Bluttransfusion von einer gesunden Schwangeren in eine Schwangere mit unstillbarem Erbrechen Heilung erzielt. Allerdings sei es zwei Monate später zum Abort gekommen.)

39. Walter, K. A., Ein Fall von atypischer Graviditätstoxikose. Verhandl. d. obst.-gyn. Sekt. d. Ges. schwed. Ärzte. Stockholm. Hygiea. Nr. 10. (Silas Lindquist.)

40. Wellington Yates, H., and Plinn F. Morse, A case of uterus septus with hyperemesis gravidarum, interruption of pregnancy at three and one-half months, followed by peritonitis. Recovery. The Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 67. (Bei einer Schwangeren mens. $3^1/_2$ wurde wegen unstillbaren Erbrechens der künstliche Abort gemacht. Schon am Abend des Tages Zeichen von Peritonitis, die am nächsten Tag ganz ausgesprochen war. Am dritten Tage post abortum ergab die Untersuchung, dass es sich um eine partielle Vagina septa und einen Uterus septus handelte. Es wurde die hintere Kolpotomie gemacht. Es entleerte sich über ein Liter fötiden Exsudates. Drainage. Heilung.)

41. Whitridge, Williams J., Weitere Beiträge zur Kenntnis vom perniziösen Schwangerschaftserbrechen. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 22. Nr. 5. 1912. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 30. (Schlimpert.)

42. Wolff, F., Serumtherapie bei Schwangerschaftstoxikosen. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 36. (Berichtet über einen Fall von Schwangerschaftspruritus und Dermatose, den er mit dem Serum einer 14 Tage alten Puerpera erfolgreich behandelte.)

Infektionskrankheiten in der Gravidität.

1. Anufriew, Herpes zoster während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Journ. akusch. i shensk. bolesn. Okt. (Die Krankheit trat auf während der vierten Schwangerschaft, $1^1/_2$ Monate vor der Geburt in Form eines Herpes zoster bullosus haemorrhagicus auf der Bauchhaut links vom Nabel. Am fünften Tage des Wochenbetts bildeten sich neue Blasen unter Temperatursteigerung [bis 39,7].) (H. Jentter.)

2. Balaban, Die Therapie der Lues bei Schwangeren. Journ. akusch. i shensk. bolesn. Jan. (Zwei Patientinnen mit wiederholten Totgeburten und negativem Wassermann trugen nach Jod Quecksilberbehandlung während der Schwangerschaft dieselbe ad terminem und gebaren gesunde Kinder. Die dritte Patientin mit stark positivem Wassermann wurde mit Arsenbenzol behandelt und gebar ebenfalls ein gesundes Kind. Mutter und Kind zeigten negative Wassermannsche Reaktion. Verf. meint, dass Schwangere, in deren Anamnese durch keine lokale Veränderungen zu erklärender habitueller Abort oder Geburten mazerierter Früchte verzeichnet sind, als latent syphilitisch betrachtet werden müssen und spezifischer Behandlung unterliegen. Ist in solchen Fällen die Wassermannsche Reaktion negativ, so kontraindiziert dieser Umstand keineswegs die Behandlung. Es liegt genügend Grund vor, anzunehmen, dass das Arsenobenzol durch Vernichtung der Spirochäten im Organismus der Mutter, das Leben des Kindes zu retten imstande ist. Es ist zu wünschen, dass das Mittel 606 nicht nur in Fällen mit syphilitischen Erscheinungen oder mit Lues in der Anamnese angewendet wird, sondern dass es zur Verwendung kommt in Fällen mit unerklärlichen Aborten oder Totgeburten auch bei negativem Wassermann.) (H. Jentter.)

2a. Bovin, E., Zwei Fälle von Gravidität in tuberkulöser Tuba. Verhandl. d. obst.-gyn. Sekt. d. Ges. Schwed. Ärzte. Stockholm. Hygiea. Nr. 12.
3. Buchholz, Tuberkulose und Gravidität mit besonderer Berücksichtigung der Tuberkulinreaktion in der Schwangerschaft. Inaug.-Diss. Kiel 1912.
4. Calderini, Einige Fälle latenter Syphilis bei schwangeren Frauen. Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. 8. Jahrg. Nr. 3. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 25.
5. Chaillet, L. H. F., Das Schicksal der schwangeren tuberkulösen Frau und der schwangeren Herzleidenden. Diss. Amsterdam.
6. *— Zur Prognose der schwangeren tuberkulösen Frau und der schwangeren Herzpatientin. Inaug.-Diss. Amsterdam. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 51.
7. Davis, Robert H., Einige Beobachtungen zur Diagnose und Behandlung der Syphilis in der Schwangerschaft. Interstate med. Journ. 1912. Nov. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 25.
8. Dohme, Die Indikationsstellung zur künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft bei Lungentuberkulose und Herzleiden. Inaug.-Diss. Berlin.
9. Drennan, Jennie G., The abstraction of calcium salts from the mother's blood by the fetus, the cause of the rapid progress of tubercular processes. Amer. Journ. of Obst. May. (Eine Kalkverarmung des mütterlichen Organismus während der Schwangerschaft wird verantwortlich gemacht für die Progredienz tuberkulöser Prozesse.)
10. Dufour, Henri, et J. Thiers, Passage de la tuberculose de la mère au foetus. Soc. de péd. 20 Mai. La Presse méd. Nr. 45. (Gravida mens. III. stirbt an Lungen- und Meningealtuberkulose. Das Ei war in Ausstossung begriffen. Der Föt zeigte einen hochgradigen Aszites, dessen tuberkulöse Natur im Tierexperiment nachgewiesen wurde. Die Plazenta wurde eingehend, aber vergebens auf Tuberkulose durchsucht.)
11. Gilles et Laurentie, Une observation de scarlatine au cours de la grossesse. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris etc. Nr. 4. (Scharlach bei einer Gravida mens. VIII. 14 Tage nach den ersten Krankheitserscheinungen spontane Frühgeburt eines lebenden Kindes. Das Kind bleibt, abgesehen von einer leichten Spätkonjunktivitis, gesund, obwohl es Mutterbrust bekommt. Während der ersten Tage der Krankheit eine Spur Albumen. Nach der Geburt wieder etwas Eiweiss im Urin. Etwa 14 Tage post partum gesund entlassen.)
12. Holth, Marie, Salvarsanbehandelte Mütter und ihre Kinder. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 10. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 25.
13. Homburg, Zur Diagnose und Therapie der Nieren- und Blasentuberkulose. Inaug.-Diss. Freiburg 1911. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. p. 147.
14. Jaworski, J., Schwangerschaft und Tuberkulose, ihr gegenseitiges Verhältnis. Klinische Vorträge. Serie XX. Heft 7 u. 8. (Polnisch.) (v. Neugebauer.)
15. Jeanselme, Le traitement par le Salvarsan des femmes syphilitiques en état de gestation. Ann. de gyn. et d'obst. Tome 40. Ref. La Presse méd. Nr. 45. p. 455. (Jede Kranke bekommt 5—6 Injektionen und zwar alle acht Tage eine. Bei der ersten Injektion nimmt man eine niedrigere Dosis, 0,20—0,30 Salvarsan, weil die Reaktion auf die erste Injektion besonders stürmisch sein kann. Weiterhin bekommt die Frau 0,30—0,40 g Salvarsan intravenös alle acht Tage unter besonderer Beobachtung der Nieren. Sehr günstige Resultate.) (R. Burnier.)
16. — Behandlung schwangerer syphilitischer Frauen mit Salvarsan. Ann. de gyn. et d'obst. 40. Jahrg. II. Serie. Heft 10. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 25.
17. — Verne et Bloch, Action du Salvarsan chez les femmes enceintes syphilitiques. Soc. méd. des hôp. 17 Janv. Ref. La Presse méd. Nr. 7.
18. Klein, B., Die Indikationen des artefiziellen Abortes bei Tuberkulose. Inaug.-Diss. Bonn 1911. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37.
19. Kochanow, Über ein falsches und verderbliches Vorurteil bei Schwangeren. Nachrichten der Ärzteges. zu Astrachan. Jan.-April. (Malaria führt zu Abort, Frühgeburt, ja sogar zum Tode Schwangerer, welche nicht mit Chinin behandelt worden waren. Chinin ruft weder Abort noch Frühgeburt hervor, im Gegenteil durch Vernichtung des Malariagiftes erhält es die Schwangerschaft und schadet weder Mutter noch Kind. Bei Chininbehandlung erreicht die Schwangerschaft meistens ihr normales Ende.) (H. Jentter.)
20. Kuligin, Herpes zoster linguae gangraenosus als Indikation zur Unterbrechung der Schwangerschaft. Charkowsky Med. Journ. Juli-August. (In Anbetracht der Malignität des Herpes zoster linguae gangraenosus, welches zu hochgradiger Entkräftung der

Schwangeren und zur Geburt eines lebensunfähigen Kindes führt, sieht Kuligin in dieser Erkrankung eine absolute Indikation zur Unterbrechung der Gravidität.) (H. Jentter.)

21. Lobenstine, Ralph Waldo, Tuberculosis in its relation to pregnancy, labor and the puerperium. Amer. Journ. of Obst. April. (Kurze Übersicht über die Frage.)
22. — Tuberculosis in its relation to pregnancy, labor and the puerperium. The New York Acad. of Med. Nov. 29. 1912. Ref. The Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 67. Febr.
23. Lorenz, Kurt, Die Häufigkeit und Entstehung der Genitaltuberkulose der Frau und ihre Beziehung zur Tuberkulose anderer Organe. Inaug.-Diss. Freiburg 1911. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. p. 147.
24. Matthei, Dürfen Syphilitiker heiraten? Zentralbl. f. Gyn. Nr. 29. (Die Heirat kann gestattet werden, wenn 1. jegliches syphilitisches Symptom fehlt, 2. die Infektion mindestens fünf Jahre zurückliegt und 3. in den letzten 2—3 Jahren keine Luessymptome mehr aufgetreten sind. 4. Die Gutartigkeit des Verlaufes der Krankheit ist sehr trügerisch. Mitbeteiligung der Nervenzentren gestaltet die Prognose sehr ernst. 5. Die genügende spezifische Behandlung ist und bleibt die Hauptforderung. 6. Die Wassermannsche Reaktion muss negativ sein.)
25. Müller, Vilmos, Indokolt-e a terhesség megszakitása tuberculosis eseteiben? Orvosi Hetilap. Nr. 7—8. (Auf Grund seiner Beobachtungen an 22 tuberkulösen Schwangeren spricht Müller die Meinung aus, dass Schwangerschaft und Geburt den Verlauf der Tuberkulose nicht beeinflusse, dass daher der künstliche Abort bei Tuberkulose zu verwerfen sei. Er will solche Frauen in Sanatorien behandeln und die Geburt rasch und schonend — meist mittelst Zange — beenden lassen.) (Temesváry.)
26. Okolicsányi-Kuthy, D., und G. Lobmayer, Mesterséges pneumothorax gravidán. Aus der Sitzg. d. Tuberkulosevereins ungar. Ärzte am 12.—13. April. Ref. Orvosi Hetilap. Nr. 21. (Bericht über einen Fall von künstlichem Pneumothorax bei einer Phthysika im vierten Monate der Schwangerschaft. Befinden bis zur Niederkunft zufriedenstellend; danach rascher Verfall und Exitus nach zwei Monaten.) (Temesváry.)
27. Pridham, Chicken-pox during intrauterine life. The Brit. med. Journ. May 17. (Intrauterine Übertragung von Windpocken.)
28. Raspini, Larynxtuberkulose und Schwangerschaft. Ginec. 10. Jahrg. Nr. 9. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 51.
29. Sarateanu und Velican, Die Wassermannsche Reaktion in der Schwangerschaft der Frauen und bei den Wöchnerinnen. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. (Verf. kommt auf Grund der Untersuchung von fünf Schwangeren und 22 Wöchnerinnen zu dem Schluss, dass ein positives Resultat mit Sicherheit zeigt, dass die Frau Lues hat. Ein negatives Resultat könne uns nicht berechtigen, mit Sicherheit das Gegenteil zu behaupten.)
30. Sauvage, C., Über die Anwendung des Salvarsans bei schwangeren syphilitischen Frauen. Ann. de gyn. et d'obst. 40. Jahrg. II. Serie. Heft 10. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 25.
31. — Le salvarsan chez la femme enceinte. Congrès de la soc. obst. de Françe. 1912. 10 au 12 Oct. La Gyn. Nr. 1. (Floride Lues in der Schwangerschaft indiziert die Salvarsantherapie. Bei latenter, aber ungenügend vorbehandelter Lues einer Gravida kann man ebenfalls Salvarsan geben. Bei genügend vorbehandelter Lues ist Hg zu nehmen.)
32. Sergent, Emile, Tuberculose et grossesse. La Presse méd. Nr. 55. (Kurze Übersicht. Der künstliche Abort ist nur in Ausnahmefällen gerechtfertigt.)
33. Stutz, Beitrag zum Thema: Tuberkulose und Gravidität (Sterilisation). Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 73. Heft 2. (Technische Bemerkungen.)
34. Van Tussenbroek, C., De invloed van zwangerschap en kraambed op de tuberculosesterfte der vrouwelijke bevolking. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1. helft. Nr. 13. (Mendes de Leon.)
35. — Der Einfluss der Schwangerschaft und des Wochenbettes auf die Sterblichkeit der weiblichen Bevölkerung an Tuberkulose. Arch. f. Gyn. Bd. 101. (Kommt auf Grund sorgfältiger statistischer Untersuchungen zu dem Ergebnis, dass in Amsterdam die Sterblichkeit an Tuberkulose im ersten Halbjahr nach der Niederkunft vermehrt, im zweiten Halbjahr vermindert ist, so dass Vermehrung und Verminderung einander

aufheben. Ferner liess sich für Amsterdam eine geringe Mehrsterblichkeit der verheirateten Frauen feststellen, die noch zum Teil anderen Ursachen als dem Fortpflanzungsprozess zugeschrieben werden muss.)

36. Van Tussenbroek, C., Über den Einfluss der Schwangerschaft und des Kindbettes auf die Sterblichkeit der weiblichen Bevölkerung an Tuberkulose. Ned. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. XXII. 3.

37. Wepler, G. W., Die Beziehungen der Lungentuberkulose zum Sexualleben der Frau. Inaug.-Diss. Bonn 1911. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. p. 147.

38. Werner, Erfolge und Technik der einzeitigen Schwangerschaftsunterbrechung und Sterilisierung bei Tuberkulose der Lungen. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 43. (In den letzten $2^1/_2$ Jahren wurden 60 Frauen, die zwischen sechs Wochen und fünf Monaten schwanger waren, in der Wertheimschen Klinik wegen Tuberculosis pulmonum folgendermassen operiert: Dilatation des Zervikalkanals mit Hegarschen Stiften. Querschnitt oberhalb der Portio, Abschieben der Blase, Spaltung der vorderen Cervixwand bis über den inneren Muttermund. Digitale Lösung des Eies. Nach Entfernung des Eies Naht der Cervix. Eröffnung der Plica vesicouterina. Mit feinen Häkchen wird der Abgang der Adnexe eingestellt, ohne Vorwälzen des Uterus. Anfangs wurde jetzt das uterine Ende der Tube reseziert, späterhin wurden die Tuben ganz exstirpiert. Gegen die atonische Blutung aus dem Uterus nach seiner forcierten Entleerung hat sich die möglichst frühzeitige Injektion von Pituitrin oder Glanduitrin mit Ergotin sehr gut bewährt. Zehnmal musste der Uterus tamponiert werden, weil teilweise die Injektion nicht (dreimal) oder zu spät (zweimal) gemacht war. In einem Falle musste trotz Tamponade der Uterus wegen Blutung exstirpiert werden. Eine Frau starb $1^1/_2$ Stunden post operationem. Es handelte sich um eine sehr herabgekommene Frau mit fortgeschrittener Tuberkulose, die im dritten Monat gravid war. Bei der Entleerung des Uterus kam es zu einer heftigen Blutung, die nicht nur aus dem Kavum, sondern, wie sich bei der Sektion herausstellte, hauptsächlich aus einem beim Abschieben der Blase in der vorderen Uteruswand entstandenem Loch stammte. Die Operation musste wegen schlechten Befindens der Patientin unvollendet abgebrochen werden. Heilungsdauer 8—9 Tage, vereinzelt länger mit Rücksicht auf den Lungenprozess. Die Erfolge dieses konservativen Verfahrens dürften nicht schlechter sein als die durch grosse verstümmelnde Operationen erzielten.)

39. Wiedenmann, Die Beziehungen zwischen Tuberkulose und Schwangerschaft. Inaug.-Diss. Giessen 1912. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. p. 147.

40. Witt, N., Fall von Larynxtuberkulose während Gravidität mit gutartigem Verlauf. Allmanna Svenska Läkaretidningen. Nr. 33. (Silas Lindquist.)

Nach einer kurzen Übersicht über die früheren Auffassungen bezüglich des Einflusses der Schwangerschaft und der Geburt auf den Verlauf einer Lungentuberkulose behandelt Chaillet (6) die an der Universitäts-Frauenklinik zu Amsterdam vorgekommenen Fälle: 40 mit Gravidität und vier Fälle mit Abortus incompletus. Hiervon hatten vier latente Tuberkulose, 21 gehörten zu den leichteren Fällen und 15 zu den schwereren. Von den 21 ist einer gestorben an Tuberkulose; die Beobachtungszeit variierte von einem Jahr bis 14 Jahren nach der ersten Geburt. Von den übrigen blieben 15 Frauen imstande, ihre Arbeit zu verrichten, während die meisten noch einen oder zwei Partus durchgemacht haben. Von den 15 schwereren Fällen sind jedoch nur noch fünf am Leben; bei neun war durante graviditate der Prozess stark vorgeschritten. Verf. meint, in schwereren Fällen das Nähren verbieten zu müssen, sowohl wegen des Nachteils, der sich daraus für die Mutter ergibt, als auch wegen der Gefahr der Ansteckung für das Kind. Was die Therapie betrifft, so erklärt Verf. sich auf Grund zahlreicher Erwägungen gegen Abortus provocatus, wie auch gegen Partus praematurus, weil beides in den schwereren Fällen nicht imstande ist, die Mutter zu retten, und weil es in den leichteren unnötig ist.

Was die Untersuchung der Herzleidenden betrifft, so verfügte Verf. über 57 Krankheitsgeschichten, bei denen die Patientinnen in drei Fällen durante partu erlagen, während der grösste Teil keine Kompensationsstörungen zeigte. Treten diese jedoch auf, dann ist Verf. sehr dafür, vor allem mit Rücksicht auf

das Kind, Partus praematurus herbeizuführen, und dies um so eher, je mehr die Frucht lebensfähig ist, und nachdem innere Therapie ohne Erfolg geblieben ist. Herzleidende mit bereits durchgemachten Störungen sollten nicht heiraten. (Mendes de Leon.)

Allgemeine und sonstige Organerkrankungen in der Gravidität.

1. Albrecht, Zur Therapie der schweren Fälle von Schwangerschaftspyelonephritis. Münchn. gyn. Ges. 14. Nov. 1912. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 9. p. 315—316. (Gravida mens. VI erkrankt mit Schüttelfrost, Erbrechen, Schmerzen in der Lendengegend, besonders links, Stuhlverhaltung und Beschwerden beim Urinieren. Wegen Verdacht auf einen linksseitigen paranephritischen Abszess wird auf der chirurgischen Abteilung die Nephrotomie gemacht. Diese ergab starke Hyperämie des Nierenparenchyms, im Nierenbecken reichlich trüber Harn. Keine Besserung, auch dann nicht, als die übliche allgemeine und lokale Behandlung der Schwangerschaftspyelitis angewandt wird. Der Ureterenkatheterismus ergab rechts leicht getrübten Urin (kulturell keine Bakterien), in zwei Stunden 10 ccm, links blutigen Urin (Bact. coli in Reinkultur) 7 ccm in zwei Stunden. Gesamturin in 24 Stunden 200 ccm. Schliesslich Entleerung des Uterus durch Sectio vaginalis. Von da ab rapide Besserung.)
2. Ballas, Max, Über das Vorkommen von Hysterie in der Gravidität. Inaug.-Diss. Kiel.
3. Ballerini, Quinckesche Krankheit und Schwangerschaft. Gyn. Rundschau. Nr. 17. (Zwei Fälle von angioneurotischem Ödem in der Schwangerschaft. Das Serum beider Patientinnen baute im Abderhaldenschen Verfahren nur Schilddrüsensubstanz ab. Ballerini hält die Krankheit für eine Dysthyreose.)
4. v. Beck, Struma und Schwangerschaft. v. Bruns Beitr. z. klin. Chir. Bd. 80. Heft 1. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 3. p. 134. (Wegen momentaner Lebensgefahr wurde in einem Falle die Tracheotomie gemacht und dann durch Strumektomie die Kompression der Trachea aufgehoben. Durch eine Schilddrüsenimplantation wurde die Cachexia strumipriva beseitigt. Wegen Schwangerschaftstetanie wird die Schwangerschaft unterbrochen, nachdem zuvor die Epithelkörperchenimplantation misslungen war.)
5. — B., Struma und Schwangerschaft. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 80. Heft 1. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 29. (Calmann.)
6. Benthin, Bedeutung des Blutzuckers. Verein f. wiss. Heilk., Königsberg i. Pr. 17. März. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 29. (Mit dem Tachauschen Verfahren wurden ausgedehnte systematische Blutzuckerbestimmungen gemacht, um die Beziehungen zwischen Zuckerstoffwechsel und Genitalsystem zu klären. Bei gesunden Frauen jeglichen Lebensalters wurden stets gleiche Werte gefunden. Zur Zeit der Menstruation wurden keine Änderungen des Blutzuckerspiegels beobachtet, auch die Prüfung auf die alimentäre Hyperglykämie ergab ein negatives Resultat. Blutuntersuchungen zu verschiedenen Zeiten der Gravidität vorgenommen, ergaben keinen Anhaltspunkt für eine Störung. Unter der Geburt kam es namentlich zur Zeit der Austreibungsperiode, besonders wenn es sich um lange und schmerzhafte Geburten gehandelt hatte, zu einer Hypoglykämie. Offenbar wird infolge der gesteigerten Muskelmehrarbeit viel Zucker verbraucht. Infolgedessen tritt eine vermehrte Zuckerausschwemmung aus der Leber auf. Bei Blutungen funktioneller Natur oder bei Abort trat nur dann eine Hyperglykämie auf, wenn analog der Aderlasshyperglykämie die Blutungen plötzlich und stark eingesetzt hatten. Während bei Hyperemesis gravidarum keine Hyperglykämie gefunden wurde, war bei Eklampsie stets ein erhöhter Blutzuckerwert nachzuweisen. Nach dem Sistieren der Anfälle sank der Blutzuckergehalt zur Normalen. Deshalb ist die Hyperglykämie bei Eklampsie ebenso wie die Geburtshyperglykämie auf vermehrte Muskelarbeit zurückzuführen. Gröbere Funktionsstörungen der Leber können ausgeschlossen werden. Diskussion: Borchardt berichtet über Blutzuckerbestimmungen bei Nierenerkrankungen. Überall da, wo eine Störung der NaCl- und N-Ausscheidung nicht vorhanden war, waren die Blutzuckerwerte normal. Waren aber Ödeme vorhanden oder noch nicht völlig verschwunden, zeigte sich im Stoffwechselversuch eine Retention des zugeführten NaCl oder N, war der Rest — N-Gehalt des Blutes erhöht, so lagen auch die Werte für den Blutzucker über dem als normal angesehenen Höchstwert von 0,096%.)

7. Bogdánovics, Milos, Nephritis és terhesség. Orvosi Hetilap. Nr. 35. (Bericht über 74 Fälle von Nephritis in der Schwangerschaft. Es wurden dabei wiederholt Eklampsie, Retinitis, Urämie und vorzeitige Lösung der Plazenta beobachtet. In fünf Fällen musste die Schwangerschaft unterbrochen werden. Die Mortalität der Mütter betrug 17,6%, die der Kinder 36%.) (Temesváry.)

8. Brickner, Rôle of glands of internal secretion in genesis of fibroma molluscum gravidarum. Surg., Gyn. and Obst. Chicago. Oct. XVII. Nr. 4. Ref. Journ. Amer. med. Assoc. p. 1846. (Brickner beobachtete eine Primigravida, die in den letzten Monaten eine immer dunkler werdende Pigmentierung der Fingernägel am rechten Zeigefinger und linken Mittelfinger bemerkte. Sonst war die Frau nicht aussergewöhnlich pigmentiert. Noch 15 Monate nach der Entbindung war die Pigmentierung vorhanden, aber sehr zurückgegangen.)

9. Brongersma, H., Die Behandlung der Pyelitis bei Schwangeren. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. Nr. 11. 1. Hälfte. (Auf Grund zweier von ihm behandelten Fälle von Pyelitis gravidarum bei Schwangeren kommt Verf. zu der Schlussfolgerung, dass eine symptomatische Behandlung mit Diät, Medikamenten und Seitenlage ersetzt werden müsse durch eine mehr direkte Behandlung des Nierenbeckens, und dass das Spülen des Nierenbeckens mit Borsäurelösung oder Nitras argenti, mit oder ohne Anwendung eines Ureterkatheters à demeure, die einzige gute zureichende Behandlungsweise sei. In einem Falle blieb der Ureterkatheter sogar 118 Tage liegen. Verf. meint, sich einer Unterbrechung der Schwangerschaft wegen Pyelitis ernstlich widersetzen zu müssen.) (Mendes de Leon.)

10. — De behandeling van pyelitis bij zwangeren. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. Nr. 11. 1. helft. (Mendes de Leon.)

11. Brühschwein, Über Komplikation der Schwangerschaft mit Herzkrankheiten. Inaug.-Diss. Erlangen 1912. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 30. (Fuchs.)

12. Cathelin, Infection rénale gravidique. Soc. des chir. de Paris. 4 Avril. Ref. La Presse méd. Nr. 33. p. 334.

13. Cocher, Nouveau cas de périostite fémorale consécutive à un avortement. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris etc. Nr. 2.

14. Commandeur et Bertoye, Grossesse et accouchement chez une tabétique morphinomane. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. Nr. 3. (Im vierten Monat der Schwangerschaft eine schwere Morphiumvergiftung. Die Geburtsschmerzen werden trotz der Tabes empfunden. Lebendes Kind 3870 g.)

15. O'Connor, J. W., Pyelonephritis of pregnancy and the puerperium. Bost. Med. and Surg. Journ. 1912. Vol. 167. Ref. The Amer. Journ. of Obst. Vol. 67. p. 593.

16. Croom, Affections of the urinary tract complicating pregnancy. The Brit. med. Assoc. July 24. Ref. Lancet. p. 302. Vol. 185. (Kurze Besprechung mit Diskussion. Es wird von verschiedenen Rednern die Wichtigkeit der physiologischen Chemie für die Erforschung der Schwangerschaftspathologie hervorgehoben.)

17. Dibot, Pierre, Un cas d'occlusion intestinale pendant la grossesse. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris etc. Nr. 4. (Akutes Hydramnion (ca. 14 l) bei Zwillingsschwangerschaft im sechsten Monat mit den Erscheinungen eines chronischen Ileus. Nach der Entleerung des Uterus sofort spontane Darmentleerung.)

18. Dietel, Herzfehler und Schwangerschaft. Zwickauer med. Ges. 1. Juli. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 47.

19. Donaldson, Malcolm, Some observations of blood pressures in cases of normal and abnormal pregnancies and labours. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 24. Nr. 3. (Donalsdon fand mit Pachons Sphygmooszillometer keine Erhöhung des Blutdrucks während der Schwangerschaft. Ein unmittelbarer Abfall des Blutdrucks post partum konnte nicht konstatiert werden. Bei Albuminurie wurde stets ein sehr hoher Blutdruck gefunden. Sein Verhalten im Wochenbett soll insofern für die Auffassung der Albuminurie von Bedeutung sein, als ein schneller Abfall des Blutdrucks im Wochenbett für die Albuminuria e graviditate sprechen soll. Auch auf die Steigerung des Blutdrucks als eines präeklamptischen Symptoms wird hingewiesen.)

20. Eckelt, Über die Nierenfunktion in der Schwangerschaft. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. 23. Mai. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 48. (Diskussion.)

21. Eisenbach, Über Herzerkrankung und Schwangerschaft. Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. 19. Heft 1. (Die kompensierte Klappenerkrankung ist auch nach dem Tübinger Material nicht besonders gefährlich. Entscheidend ist der Zustand des Herzmuskels.

Trotz Fehlens einer Dekompensation kann schon im Beginn der Wehentätigkeit der Exitus eintreten. Eine Abkürzung der Geburtsdauer durch operative Eingriffe ist nach Eisenbach im allgemeinen nicht erforderlich; eine solche wird im wesentlichen auf die Fälle zu beschränken sein, bei denen es infolge ernster Herzmuskelschädigung zu bedrohlichen Insuffizienzerscheinungen unter der Geburt kommt. Eine erhöhte Neigung zu Atonie konnte Eisenbach ebensowenig nachweisen wie Jaschke. Das Frühaufstehen herzkranker Wöchnerinnen ist zu vermeiden.)

22. Faas, Über die Schwangerschaftstetanie. Inaug.-Diss. Erlangen.
23. Fabre et Trillat, Étude d'un cas d'anémie pernicieuse de la grossesse. Mort pendant le travail. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris etc. Nr. 2.
24. Fellner, Herz und Schwangerschaft. II. Bericht. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Mai. (Fellner tritt auf Grund von Autopsien für eine Dilatation des Herzens in der Schwangerschaft ein. Aus dem reichen Erfahrungsmaterial, das in der Arbeit niedergelegt ist, ergibt sich, dass die Gefahr der Herzfehler an und für sich keine sehr hochgradige ist, dass vielmehr der Zustand des Herzmuskels das Entscheidende ist. Nicht der Verlauf der Schwangerschaft ist es, von dem die Gefahr droht, als vielmehr von der Geburt und zwar auch der Frühgeburt. „Bei kompensierten Vitien ist ausschliesslich dann Frühgeburt bzw. Abortus einzuleiten, wenn die Patientin in der früheren Gravidität am Tode lag." Bei nichtkompensierten Vitien ist die Beendigung der Schwangerschaft dann angezeigt, wenn die interne Therapie aussichtslos ist oder weitere Komplikationen, so insbesondere Tuberkulose, Struma, chronische Nephritis, vorliegen. In Fällen von rekurrierender Endokarditis ist es besser, nicht aktiv vorzugehen; ebenso bei Hydrothorax und Hydroperikard in den späteren Monaten.)
25. Folliel, L., Diabetes und Schwangerschaft, Entbindung und Wochenbett. Gaz. des hôp. 1912. Nr. 105. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 2. (Die Prognose ist abhängig von der Form des Diabetes, von eventuellen Komplikationen (Tb. pulm.) und geburtshilflichen Zwischenfällen (Hydramnios, Kindesgrösse). In der Schwangerschaft ist strenge Diät zu halten. In leichten Fällen kann man abwarten; bei Störungen oder starkem Fortschreiten des Diabetes ist künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft angezeigt. Die Entbindung ist in jedem Falle möglichst schnell durchzuführen. Im Puerperium soll nicht gestillt werden.) (Michaelis.)
26. Fraipont, Chorea in der Schwangerschaft. Scalpel et Liège méd. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 41. (Von drei Fällen kam einer ad exitum.)
27. Freund, Hermann, Gynäkologische Streitfragen. Stuttgart, Enke. (1. Herzfehler und Schwangerschaft. Auf Grund seiner eigenen Erfahrung und einer Zergliederung der vorliegenden Statistiken glaubt Freund, dass in dem Frommeschen Referat zum Hallenser Kongress ein zu günstiges Bild von der oben genannten Komplikation entworfen sei. 2. Die Appendizitis bei Frauen. Freund negiert eine direkte Verbindung des Blut- oder Lymphgefässsystems zwischen Appendix und Adnexen. Er glaubt, dass es sich meistens um eine Kontaktinfektion handelt. Für diese können verschiedene Momente in Betracht kommen. Verf. weist u. a. auf die Gravidität hin und besonders auf die Möglichkeit einer Erkrankung des Appendix von den Genitalien aus, wenn die Genitalorgane in den ersten Tagen des Wochenbetts infiziert werden. Verf. hat unter 223 Adnexoperationen nur in 6,7% der Fälle den Appendix sekundär erkrankt gefunden. Freund glaubt, dass für manche Eintagsfieber im Wochenbett eine Typhlatonie (Fischler) oder ein Coecum mobile verantwortlich zu machen ist. Im einzelnen sei auf die sehr anregend geschriebene kleine Schrift verwiesen.) Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 46. (Stöckel.)
27a. Fromme, Die Beziehungen der Erkrankungen des Herzens zu Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Referatthema. Verhandl. d. deutsch. Ges. f. Gyn. XV. Vers. Halle. (Fromme führt die hohe Mortalität bei Herzerkrankungen während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, wie sie sich aus den früheren Angaben auf 38,5% berechnen lässt, darauf zurück, dass nur die schweren Fälle früher veröffentlicht worden sind. Dieses Bild ist deshalb nicht richtig, weil etwa sechs Siebentel aller Herzfehler bei Schwangeren im allgemeinen früher nicht diagnostiziert sind (Schauta). Wird dies in Rechnung gesetzt, so ergibt sich eine Mortalitätsziffer von 1,64%, was auch mit dem exakt beobachteten Material Jaschkes übereinstimmt. Gefährlich wird ein Herzfehler erst dann, wenn die Akkommodationsbreite durch die fraglos erhöhten Anforderungen während des Generationsprozesses überschritten wird, wenn also eine Dekompensation eintritt. Diese Dekompensation tritt dann besonders leicht ein, wenn das Myokard besonders geschädigt ist, sei es nun primär als Myokarditis oder

sekundär im Gefolge des Klappenfehlers oder einer komplizierenden anderen Erkrankung. Die komplizierenden Erkrankungen (z. B. die rekurrierende Endokarditis in 16,6% aller tödlichen Fälle, die akute und chronische Nephritis und Schrumpfniere in 29,4%, Lungenerkrankungen wie Pneumonien und Tuberkulose in je 6,8%, Emphysem, Kyphoskoliose der Brustwirbelsäule u. a.) wirken teils deletär aufs Myokard, teils rein mechanisch einengend auf die Akkommodationsbreite, die bei der Mitralstenose besonders eng ist. Ein Herzfehler bei einer Schwangeren erfordert nur dann eine Behandlung, wenn er Symptome macht, was in 80% der Fälle nicht der Fall ist. Er ist dann zunächst diätetisch-medikamentös zu behandeln. Der Zeitpunkt der Unterbrechung der Schwangerschaft bei renitenten oder von vornherein schweren Fällen bedarf sorgfältigster individualisierender Erwägung (siehe die Resultate Jaschkes). Die operative Sterilisierung wird in diesen Fällen sehr häufig angebracht sein. Bei herzkranken Schwangeren kommt es in 5—9% zur Frühgeburt, in 4—8% zum Abort. Besonders gefährdet sind in dieser Beziehung die dekompensierten Vitia. Werden die Kinder ausgetragen, so weisen sie keine höhere Mortalität auf. Folgende praktisch wichtigen Feststellungen sollen noch besonders hervorgehoben werden: 1. Dass die Zangenapplikation bei Frauen mit wohlkompensiertem Klappenfehler den gleichen Indikationen unterliegt wie auch sonst. Die besondere Indikation tritt erst dann ein, wenn kardiale Störungen sich bemerkbar machen. 2. Es besteht keine besondere Neigung zur Atonie bei herzkranken Gebärenden. 3. Herzkranken Mädchen ist nur dann die Heirat zu verbieten, wenn sie schwerere Dekompensationsstörungen gehabt haben.)

28. v. Funke, Über Schwangerschaftsdiabetes. Prager med. Wochenschr. Nr. 23. Sitzungsbericht. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 48.

29. Le Für, La pyélonéphrite de la grossesse. Soc. des chir. de Paris. 21 Févr. La Presse méd. Nr. 24. (Demonstriert eine Niere, die er wegen schwerer rezidivierender Pyelitis grav. exstirpiert hat. Die Niere war fast völlig zerstört. Durch den Ureterkatheter waren 260 ccm eitriger Flüssigkeit aus dem Nierenbecken entleert worden.)

30. Ger, R., Ein Beitrag zur Pyelonephritis gravidarum. Inaug.-Diss. Bern. 1912. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 4.

31. Gröné, O., Von Schwangerschaft und Entbindung bei organischen Herzfehlern. Allmanna Svenska Läkartidningen. Nr. 7. (Das Material umfasst 42 Patientinnen mit 54 beobachteten Entbindungen; in allem hatten die Patientinnen 112 Entbindungen gehabt. Drei von diesen waren im Zusammenhang mit Entbindung gestorben. Die Arbeit muss im Original gelesen werden.) (Silas Lindquist.)

32. Harabath, Über Graviditätshypertrichosis. Gyn. Rundschau. Nr. 19.

33. Harris, S. H., Acute hydronephrosis of pregnancy. Australas. med. Gaz. Vol. 33. Nr. 9. p. 192. Ref. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 23. Nr. 6. p. 421. (Im siebenten Monat plötzlich Schmerzen in der rechten Lendengegend und Erbrechen. Nach der Injektion von Indigokarmin entleerte nur der linke Ureter gefärbten Urin. Der rechte Ureter wurde deshalb sondiert. 16 cm hinter dem Ostium uretericum wurde der Katheter aufgehalten. Nach Überwindung des Hindernisses entleerte sich reichlich Urin. Seitdem war die Frau gesund. Der Urin war steril.)

34. Heinrichsdorff, Über Zonendegeneration der Leber in der Schwangerschaft. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 42. Künstliche Frühgeburt wegen engen Beckens. Wegen drohender Ruptur Perforation. Die Mutter hat im Wochenbett Fieber, Erbrechen und einen sehr druckempfindlichen Leib. Vom zweiten Tage an ist sie sehr unruhig. Das Sensorium ist getrübt. Krampfartige Bewegungen in den Armen und Beinen. Am Abend des dritten Tages völliger Bewusstseinsverlust. Die Glieder werden krampfartig steif gehalten. Makroskopisch: Muskatnussleber; mikroskopisch: Nekrose im Zentrum und in der intermediären Zone der Azini.)

35. Heinsius, Zystenniere bei Gravidität. Berl. Ges. f. Geb. u. Gyn. 10. Jan. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 33. p. 1231—1232. (32jährige IIgravida erkrankt im achten Monat ziemlich plötzlich mit Sehstörungen, zeitweiser Erblindung auf einem Auge, Erbrechen, Kopfschmerz und heftigen dyspnoischen Erscheinungen. Ödeme. Urin erstarrt beim Kochen und enthält granulierte und hyaline Zylinder und Leukozyten. Vaginaler Kaiserschnitt. Anfangs Besserung, dann Schüttelfröste, eitrig-blutiger Urin, Schwellung des rechten Beines und der rechten Lendengegend und Vergrösserung einer rechtsseitigen Geschwulst. Die Operation zeigte, dass es sich um eine grosse infizierte Zystenniere handelte. Bei der Autopsie erwiesen sich die linke Niere und Leber auch als zystisch.)

36. Heinsius, Zystennieren und Gravidität. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 73.
37. Heykes, Beitrag zur Lehre der Schwangerschaftslähmungen. Inaug.-Diss. Kiel.
38. Jonides, T. H., General peritonitis due to the vermiform appendix and complicating pregnancy. 81. Jahresvers. der Brit. med. Assoc. Juli. Ref. Brit. med. Journ. p. 1000. (Peritonitis infolge perforierten Appenix bei Grav. mens. VII. Appendektomie. Drainage. 14 Tage später waren die Wunden geheilt. Unmittelbar nach der Geburt des Kindes (Steisslage) kollabierte Patientin, ohne dass es nennenswert geblutet hätte. Bald darauf Exitus. Bei der Sektion zeigte sich, dass die Adhäsionen zum Uterus hin abgerissen waren. Im Abdomen war Blut.)
39. Jaschke, Rud. Th., Untersuchungen über die Funktion der Nieren in der Schwangerschaft. 85. Versamml. deutsch. Naturf. u. Ärzte in Wien. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 42. p. 1553. (Die 24 normalen Fälle, nach Schlayer untersucht, zeigten eine Beschleunigung der Jodausscheidung, also eine Funktionssteigerung des tubulären Anteils der Niere, dagegen eine Verzögerung der Milchzuckerausscheidung. Bei der Nephropathia gravidarum ist die Jodausscheidung gegenüber dem Verhalten bei der normalen Schwangeren verzögert, vor allem aber fällt eine ganz enorme Verzögerung der Milchzuckerausscheidung auf. Es handelt sich also im wesentlichen um eine funktionelle Unterempfindlichkeit der Nierengefässe. Diskussion: Cohn (Greifswald) bestätigt die Jaschkeschen Befunde.)
40. — Die prognostische Bedeutung von Erkrankungen der Nieren in der Schwangerschaft besonders herzkranker Frauen. Arch. f. Gyn. Bd. 101. (Das Auftreten einer Nierenerkrankung bei einer Gravida mit einem Herzfehler trübt die Prognose ganz erheblich und zwar sind die Nierenerkrankungen zu fürchten, die mit einer Steigerung des Blutdrucks einhergehen. Es handelt sich hierbei hauptsächlich um die chronische Form der Schwangerschaftsniere und um die chronische Nephritis in graviditate. Bei herzkranken Schwangeren, die gleichzeitig eine mit Hypertonie einhergehende Nierenerkrankung haben, ist nicht zu lange mit der Unterbrechung der Schwangerschaft zu warten.)
41. Kalledey, Lajos, Schwangerschaft nach Akromegalie. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 28. (32jährige Frau, die seit 10 Jahren amenorrhoisch ist. Seit vier Jahren unsicherer Gang und Grösserwerden der Füsse. Plumpes Knochengerüst. Lippen und Nase gedunsen. Schädelbasis weist im Röntgenbild keine Veränderungen auf. In der Annahme, dass es sich um eine verminderte Ovarialfunktion und gesteigerte Hypophysenfunktion handle, injizierte Verf. intravenös Ovarialextrakt (eiweissfreies, wässeriges Extrakt; 1 ccm = 1 g frischen Kuhovariums. Chemische Fabrik G. Richter. Budapest). 2. Dezember 1912. Nach der sechsten Injektion Gang sicherer. Schwindelanfälle und Kopfschmerzen seltener. 6. Januar 1913. Nach der 16. Injektion Gang ganz sicher. Drei Tabletten Ovarii sec. Ricter pro die. 22. Januar 1913. Einige Tropfen Blut. 20. Februar. Blutet sechs Tage. Sämtliche Kleider und Schuhe müssen ausgetauscht werden, da sie zu weit geworden sind. Gewicht von 96,5 auf 87,5 kg zurückgegangen. 2. und 5. März je 1 ccm Ovarialextrakt intravenös. 30. April Grav. mens. II. 23. Mai Grav. mens. IV—V.)
42. Kehrer, Die geburtshilflich-gynäkologische Bedeutung der Tetanie. Arch. f. Gyn. Bd. 99. (Die Tetanie in der Schwangerschaft, während der Geburt und Laktation beruht ebenso wie die Tetanie ausserhalb der Gravidität auf einer Schädigung der Epithelkörperchen, auf einer Hypoparathyreosis. Kalk per os hat sich vorzüglich bewährt. (Rp.: Calcii chlorati purissimi 10,0, Sirup. Menthae oder Rubi Idaei 30 bis 40,0, aq. dest. ad 150,0. Bei Erwachsenen für zwei Tage reichend.)
43. Knapczyk, Grosser Leistenbruch im neunten Schwangerschaftsmonate bei einer 39jährigen XIIIpariens. Lwowski Tygodnik Lekarski. Nr. 11. p. 176. (Polnisch.) (Bruch machte niemals die mindesten Beschwerden, während des Geburtsaktes hob die Frau den Bruch selbst eigenhändig in die Höhe, welcher 22 cm tief herabhing. Verf. erwähnt eine Reihe analoger Fälle mit und ohne Operation aus der Literatur. sei es sub partu, sei es im Wochenbette, mit mehreren Todesfällen.) (v. Neugebauer.)
44. Labendzinski, Franz, Über perniziöse Anämie in der Schwangerschaft. Inaug.-Diss. München 1912. Ref. Zentralbl. f. Gyn.
46. Lehmann, Franz, Über habituelle Schwangerschaftsunterbrechung und innere Sekretion. Arch. f. Gyn. Bd. 101. (Die Frage nach einem Zusammenhang der essentiellen habituellen Aborte mit Störungen in der inneren Sekretion wird eingehend besprochen. Von den zahlreichen eigenen Untersuchungen sei besonders hervorgehoben, dass Lehmann bei 105 Schwangeren eine Blutgerinnungszeit von 1 Minute und 45 Se-

kunden fand, genau wie bei verschiedenen Gruppen von Nichtschwangeren. Lehmann hat vorzügliche Erfolge mit einer Jod-Eisentherapie.)

47. Lehnert, Über tödliche Vergiftung mit chlorsaurem Kalium bei einer Gravida. Zieglers Beitr. z. path. Anat. u. allg. Path. Bd. 54. Heft 3. Ref. Münchn. med. Wochenschrift. Nr. 6. p. 315. (Grav. mens. VI nahm einen Teelöffel chlorsaures Kalium. Sie starb am vierten Tage, nachdem sie früh abortiert hatte. Ausgesprochene Methämoglobinämie der Mutter. Das Blut des Fötus verhielt sich makroskopisch ebenso wie das der Mutter. Infolge der Methämoglobinämie kommt es zu einer schweren Nierenschädigung. Die Glomeruli bleiben im wesentlichen frei. Schwer verändert werden die Tubuli contorti und die dicken Teile der Henleschen Schleifen. Durch Zylinderbildung des ausgeschiedenen Hämoglobins kann es zur völligen Verstopfung der Kanüle kommen.) (Merkel.)

48. Lepage, Remote prognosis of albuminuria in pregnant women. Ann. de gyn. et d'obst. Oct. 1912. Ref. The Amer. Journ. of Obst. Vol. 67. p. 595. (Von 22 primiparen Eklamptischen hatten 17 später Schwangerschaften ohne Eklampsie. 8 von den 22 Primiparae hatten bei erneuter Gravidität keine Albuminurie; 9 waren albuminurisch, davon eine mit mazeriertem Föt. Von 11 multiparen Eklamptischen hatten zwei in einer späteren Schwangerschaft wieder Eklampsie.)

49. Lienau, Über Generationspsychosen und die Unterbrechung der Schwangerschaft bei denselben. Geb. Ges. in Hamburg. 21. Okt. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 52. (Lienau berichtet über 39 Generationspsychosen, von denen 16 geheilt, 9 mit Defekt geheilt, 3 erheblich gebessert, 6 verblödet, 3 gestorben sind und 2 bis jetzt ungeheilt, aber noch nicht abgelaufen sind. Unter diesen Fällen spielt die erbliche Belastung keine Rolle. Unter den 16 geheilten Kranken waren vier Fälle schwerer Bewusstseinstrübung (Erschöpfungspsychosen), die anderen 12 Fälle boten Krankheitsbilder, welche ganz vorwiegend auf affektiven Störungen beruhten, meist depressiver Färbung; unter den 23 nicht oder nicht völlig geheilten Kranken sind 21 (91,2%) schwer intellektuell gestört gewesen. Bezüglich der genauen Formulierung der Indikationsstellung bei Schwangerschaftspsychosen sei aufs Original verwiesen.)

50. Mansfeld, Otto, Nephritis chronicával kapcsolatas retinitis szönödése a terhességgel. Aus der Sitzg. der gyn. Sekt. des kgl. Ärztevereins am 3. Dez. 1912. Ref. Orvosi Hetilap. Gyn. Nr. 1. (Bericht über einen Fall von Retinitis infolge chronischer Nephritis in der Schwangerschaft.) (Temesváry.)

51. Martyn, A case of acute haemorrhagic splenitis with spontaneous rupture complicating early pregnancy. Lancet. p. 317.

52. Melnikow und Zomakion, Schwangerschaft bei Leukämie und ihr Einfluss auf das Blutbild. Russki Wratsch. Nr. 9, 10. (Verff. stellen 15 Fälle aus der Literatur zusammen und bringen einen Fall. Aus der Historia morbi ist ersichtlich, dass Patientin an schwerer Leukämie litt (220 000 Leukozyten im Kubikmillimeter) und lange mit X-Strahlen behandelt wurde. Die Geburt verlief normal; leichte atonische Blutung. Während der Schwangerschaft sank der Hb-Gehalt von 65% auf 45%, die Erythrozytenzahl von 4 000 000 auf 280 000. Die Leukozytenzahl stieg auf 120 000 (75% mehrkernige Neutrophile, 1—14% Myelozyten). Während der Geburt stieg Hb auf 55%, die Erythrozytenzahl auf 3 200 000, die Leukozytenzahl auf 137 000. Im Puerperium fiel der Hb-Gehalt rapide auf 21%, die Erythrozytenzahl auf 180 000. Interessant ist der mikroskopische Befund der Plazenta: während die fötalen Zottengefässe normales Blut aufweisen, ist das Blut in den intervillösen Räumen in hohem Grade leukämisch, was ein Beweis für die völlige anatomische Sonderung von fötalem und mütterlichen Blutkreislaufe ist. Schlusssätze: Es ist zu unterscheiden zwischen akuter und chronischer Leukämie bei Schwangeren. Eine Schwangere kann an akuter Leukämie erkranken, was rapide zum Tode führt. Bei chronischer Leukämie kann Schwangerschaft und Geburt normal verlaufen. Die Behandlung muss konservativ sein. Bei chronischer Leukämie sind antikonzeptionelle Mittel indiziert, weil Schwangerschaft den Verlauf der Krankheit übel beeinflussen kann. Die gefährlichste Zeit ist das Wochenbett, weil dann der leukämische Prozess seinen Höhepunkt erreicht. Die Veränderungen des Blutes während Schwangerschaft und Geburt tragen bei Leukämie dasselbe Gepräge wie in der Norm: der Leukozytose der normalen Schwangerschaft entspricht bei Leukämie ein bedeutendes Ansteigen der Leukozytenzahl. Während der Geburt steigt die Zahl der Neutrophilen und fällt die der Eosinophilen und Basophilen. Im Wochenbett das Gegenteil.) (H. Jentter.)

53. Miller, J. R., Bedeutung der Retinitis albuminurica in der Geburtshilfe. 85. Vers. deutsch. Naturf. u. Ärzte Wien. Sept. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 41. p. 2018 bis 2019. (Unter 1800 Graviden wurde sechsmal eine Retinitis gefunden, dreimal unter 16 Eklampsien und dreimal unter 25 Nephritiden.)

54. Müller, Ileus in der Schwangerschaft infolge eingeklemmter Zwerchfellshernie. Inaug.-Diss. Erlangen. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 1. 1914.

55. Murray, H. Leith, The Immunology of pregnancy. Some Complement-fixation, lecithin-precipitation and Cobra-haemolysin reactions in normal and toxic pregnancy; with a review of recent literature. Journ. of Obst. and Gyn. Febr. (Eine ausserordentlich instruktive Übersicht. Verf. wendet sich scharf gegen die Auffassung der Eklampsie als Anaphylaxie.)

56. Openheimer, R., Die Pyelitis. Zeitschr. f. urol. Chir. Bd. 1. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 22.

57. Paddock, Pregnancy complicated by appendicitis. Ihe Am. Journ. of Obst. and dis. of w. and chir. Vol. 6/8. Nr. 3. (Eine sehr lehrreiche Zusammenstellung der Ansichten amerikanischer Operateure über die Indiketionsstellung beim Zusammentreffen von Appendizitis und Gravidität.)

58. — Charles E., Appendicitis complicating pregnancy. Vortrag auf der vereinigten Sitzung der geb. Ges. von Philadelphia und der gyn. Ges. von Chicago am 9. Mai in Philadelphia.

59. Passow, Zur Kasuistik von Psychosen während der Schwangerschaft. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 36. (Teilt einen sehr lehrreichen Fall mit, der durch Unterbrechung der Schwangerschaft geheilt wurde.)

60. Paunz, Sándor, Nephrektomia és terhesség. Aus der Sitzg. der ung. Chir.-Ges. am 23.—25. Mai 1912. Ref. Orvosi Hetilap. Nr. 12. (Frauen mit bloss einer Niere ist die Ehe nicht zu widerraten. Die Schwangerschaft verläuft in der Regel ungestört, doch ist sie, falls Zeichen einer Niereninsuffizienz auftreten, ohne Verzug zu unterbrechen.) (Temesváry.)

61. Picqué, Deux cas de chorée gravidique. Soc. clin. de méd. mentale. 15 Déc. Ref. La Presse méd. 3 Janv. 1914. (1. IIIpara. Die Chorea trat im siebenten Monat auf. Nach der normalen Entbindung am Ende der Schwangerschaft Heilung. Behandlung: Brom. 2. Ipara. Während der Kindheit Chorea. Die Chorea tritt mit $5^1/_2$ Monaten auf und hält an bis zur rechtzeitigen Entbindung. Wochenbettfieber. Geheilt.)

62. Pinard, A propos de la communication de M. Lepage: „Sur un cas de chorée gravidique". Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris etc. Nr. 5. (Pinard hat bisher nur einen einzigen Todesfall bei Chorea gravidarum gesehen. Die Autopsie gab in diesem Falle keine Erklärung. Er ist der Ansicht, dass in leichten Fällen mit Chloral und absoluter Milchdiät vorzugehen ist. Treten allerdings Halluzinationen auf oder andere schwerere zerebrale Störungen, so ist so schnell wie möglich der Uterus zu entleeren, und zwar um so eher, je jünger die Gravidität ist.)

63. Potocki et Sauvage, Chorée gravidique mortelle. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris etc. Nr. 6. p. 542. (Eine Gravida mens. II wurde von einer Chorea befallen, die in drei Wochen zum Tode führte. Die Sektion ergab eine frische ausgedehnte Endokarditis.)

64. Rissmann, Hat es für den Frauenarzt Wert, eine „akute, gelbe Leberatrophie" in der Schwangerschaft zu diagnostizieren? Frauenarzt. Heft 12.

65. Rosenstein, P., Die Erkrankungen der Mundorgane in der Schwangerschaft. Deutsche Monatsschr. f. Zahnheilk. Nr. 3. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 32. (Bekanntlich sind Mund- und Zahnkrankheiten während der Schwangerschaft ziemlich häufig. Man spricht direkt von einer Schwangerschaftskaries. Dieselbe ist charakterisiert durch ihren rapiden Verlauf und wahrscheinlich eine Folge von gestörtem Kalksalzstoffwechsel, vielleicht aber auch von veränderter Zusammensetzung der Mundflüssigkeit. Neuralgien und Odontalgien im Puerperium zeichnen sich durch wechselnden Sitz und Stärke aus. Allgemein hält man sie für den Ausdruck einer durch Anhäufung abnormer Stoffwechselprodukte verursachten Autointoxikation. Oft beobachtet man eine Entzündung der Gingiva und der Mundschleimhaut. Von Tumoren sei die Gingivitis hypertrophica und die Epulis genannt, dabei handelt es sich entweder um ein rasches Wachsen schon bestehender oder um Rezidivieren operierter Epuliden. Wie hat sich nun der Arzt diesen Zahn- und Mundkrankheiten gegenüber zu verhalten? Der Glaube, dass eine Zahnbehandlung für Mutter und Kind unzuträglich sei, ist im Volke festgewurzelt. Nach des Verf. Ansicht ist eine notwendige Zahnbehandlung bei

einer Graviden jederzeit vorzunehmen. Bei Karies sollte die Behandlung eine provisorische sein, da nach der Schwangerschaft die Zähne geeigneter zum Füllen sind. Bei Epuliden und Gingivitis hypertrophica ist Abwarten am Platz. Empfehlenswert ist es, alle Eingriffe unter Lokalanästhesie zu machen (2% Novokain mit Adrenalinzusatz). Kokain ist zu vermeiden, weil eine gewisse Idiosynkrasie gegen dieses Mittel bei Schwangeren besteht.) (Proell.)

66. Rübsamen, Zur Behandlung der Pyelitis gravidarum mittelst Nierenbeckenspülungen. Zeitschr. f. gyn. Urol. Bd. 4. Heft 4. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 40.

67. Sauvage et Vincent, Anémie pernicieuse de la grossesse. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris etc. Nr. 3. (Bei einer Syphilitika mit perniziöser Anämie treten sehr schwere Erscheinungen auf, als sie gravid wird. Das schwere klinische Bild erhält sich bis zum Ende der Schwangerschaft (mazerierter Föt 3150 g; Plazenta 720 g). Nach der Entbindung bedeutende Besserung, doch hat die Krankheit noch bis ein Jahr lang nach der Entbindung gedauert.)

68. Scherer, Kasuistisches zur Frage Vitium cordis und Schwangerschaft. Gyn. Rundschau. Heft 19.

69. Schlayer, Schwangerschaft und Nierenleiden. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. (Schlayer betont die Schwierigkeit einer exakten Entscheidung zwischen einer Schwangerschaftsniere und einer Nephritis in graviditate. Er rät, bei Urämie stets die Schwangerschaft zu unterbrechen, ebenso bei Herzhypertension mit Hypertrophie in den ersten drei Monaten; späterhin nur unter besonderen Umständen. Das Ödem ist für Schlayer nur dann ein Anlass zur Unterbrechung der Schwangerschaft, wenn anderweitige Zeichen ernsthafter Nierenschädigung sich hinzugesellen und besonders dann, wenn das Ödem einem entsprechenden diätetischen Regime nicht sofort weicht. Verf. empfiehlt zur genaueren Beurteilung eines Falles die sog. „Nierenprobemahlzeit", die im Original nachzusehen ist.)

70. Schlimpert, Über einen Fall von akuter gelber Leberatrophie in der Schwangerschaft. Der Frauenarzt. Heft 10. (Eine bis dahin gesunde Schwangere mens. VIII erkrankte am Tage vor der Frühgeburt mit Ikterus. Am Tage nach der Entbindung nahm der Ikterus zu und abends traten Krämpfe auf. Der Urin enthielt etwas Eiweiss, kein Leuzin, kein Tyrosin. Am Abend des nächsten Tages Temperatur 38,1°. Einige Stunden später Exitus. Kurz vor dem Tode Blutentnahme (hämolytische Streptokokken). 10 Minuten nach dem Tode nochmals Blutentnahme mit dem gleichen Ergebnis. Im Urin Streptokokken (kulturell). Die klinische Diagnose lautete auf akute gelbe Leberatrophie, womit das Ergebnis der Sektion im Einklang stand. Doch zeigte die Sektion ausserdem septische Prozesse im Uterus und Lakunarpfröpfe in der Tonsille.)

71. Schnock, Über Schwangerschaft bei primärer Amenorrhoe. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Köln. 12. Febr. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Ergänzungsh. p. 338. (Vikariierende nasale Menstruationsblutung, die mit Eintritt der Schwangerschaft sistiert. Das 18jährige Mädchen hatte noch keine uterine Menstruationsblutung gehabt.)

72. Schüpbach, A., Perniziöse Anämie in Schwangerschaft und Wochenbett. Schweiz. Korresp.-Bl. Nr. 47. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 50.

73. Seitz, Die galvanische Nervenerregbarkeit und die Schwangerschaftstetanie. Bayr. gyn. Ges. 9. März. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 20. (Die galvanische Nervenerregbarkeit ist in den letzten Monaten der Schwangerschaft, besonders aber in der Geburt, gesteigert. Es besteht gewissermassen eine latente Tetanie.)

73a. — Über die galvanische Nervenmuskelerregbarkeit in der Schwangerschaft und über Schwangerschaftstetanie. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 16. (Seitz kommt zu folgenden Schlusssätzen: 1. Es besteht in den letzten Monaten der Schwangerschaft bei 80% aller Schwangeren eine leichte Steigerung der galvanischen Erregbarkeit, die unter der Geburt den höchsten Grad erreicht und im Wochenbett wiederum zurückgeht. In rund 10% aller Gebärenden sind die Werte für die KaSZ so gering, dass man bereits von einem subtetanischen Zustande sprechen muss. 2. Es gibt in der Schwangerschaft eigentümliche Anfälle von Asthma, vielfach verbunden mit Übelkeit und Zittern in den Extremitäten, die auf einem latent tetanischen Zustand beruhen (Parathyreotoxikosen). 3. Zwischen den subtetanischen Zuständen bei scheinbar völlig ungestörter Schwangerschaft, den latent tetanischen asthmatischen Anfällen und anderen Symptomen und der manifesten Schwangerschaftstetanie finden sich alle Übergänge.)

74. Seitz, L., Ein Vorwort zu meinem Referat: Über Störungen der inneren Sekretion in ihren Beziehungen zu Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. (Eine prägnante Skizzierung des gegenwärtigen Standes der Frage.)

74a. — Die Störungen der inneren Sekretion in ihren Beziehungen zu Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Referat. Verhandl. d. Deutsch. Ges. f. Gyn. XV. Versamml. Halle. (Die kritische Bearbeitung des gewaltigen Tatsachenmaterials, was schon über die innere Sekretion und ihre Störungen in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett zutage gefördert ist, gliedert sich in zwei grosse Abschnitte, d. h. in die Besprechung des Stoffwechsels und seiner Störungen und in die Besprechung der einzelnen innersekretorischen Drüsen und deren Erkrankungen und ihren Einfluss auf die Fortpflanzungsperiode. Aus dem ersten Abschnitt, der den Störungen des Stoffwechsels gewidmet ist, ist als für die Pathologie der Schwangerschaft wichtig zunächst hervorzuheben, dass der hohe Ammoniakkoeffizient im Harn bei Hyperemesis kein Ausdruck der Leberschädigung ist, sondern einfach die Folge einer verminderten Alkaleszenz des Blutes bei verminderter Alkalizufuhr. Die Säure wird deshalb mit Ammoniak neutralisiert und so ausgeschieden. Der Standpunkt von Williams, bei Hyperemesis die Schwangerschaft zu unterbrechen, wenn die Menge des ausgeschiedenen Ammoniaks 10% des gesamten Stickstoffs überschreitet, ist unhaltbar. Ferner hat sich gezeigt, dass die von Zweifel festgestellte Vermehrung der Fleischmilchsäure bei der Eklampsie eine Folge der Krämpfe ist. Auf Grund der Weichhardt-Schittenhelmschen Untersuchungen hält Seitz es für möglich, dass die zwei Haupterscheinungsformen der Eklampsie, die mehr unter dem Bilde des Komas verlaufende und die spezifisch spasmophile durch verschiedene Eiweissspaltprodukte hervorgerufen werden. Für die komatöse Form würden die hochmolekularen, für die spasmophile Form die niedrigeren Spaltprodukte des Eiweisses in Betracht kommen. Auf den Kohlehydratstoffwechsel hat die Schwangerschaft insofern einen Einfluss, als die Assimilationsgrenze des Zuckers etwas herabgedrückt ist, so dass Schwangere bei der Belastungsprobe mit 100—150 g Traubenzucker häufiger glykosmisch werden als Nichtschwangere. Das Zusammentreffen von Diabetes mellitus und Schwangerschaft ist sehr gefährlich. Etwa 30% der Frauen erliegen dem Koma und ungefähr 50% der Kinder gehen intrauterin zugrunde. Deshalb ist die Unterbrechung der Schwangerschaft angezeigt, wenn sich trotz zweckmässiger Diät der Zustand verschlechtert. Wenn auch die normale Schwangerschaft einen Einfluss auf den Fettstoffwechsel hat in dem Sinne, dass mehr Fett und zwar Glyzerinfette und Cholesterinfette im Blut der Schwangeren zirkuliert, so hat sich irgend ein Zusammenhang zwischen pathologischen Vorgängen in der Schwangerschaft und Störungen des Fettstoffwechsels bisher nicht nachweisen lassen. Aus dem zweiten Abschnitt, in dem die Erkrankungen der einzelnen endokrinen Drüsen in ihrem Einfluss auf Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett besprochen werden, sei hervorgehoben, dass der Versuch, die Hyperemesis oder die Eklampsie auf Störungen in der inneren Sekretion zurückzuführen, bisher nicht als gelungen angesehen werden kann. Bei allen Formen des Hypothyreoidismus tritt bei Eintritt einer Schwangerschaft eine Verschlechterung ein. Doch sind die bisher vorliegenden Beobachtungen recht spärlich. Im Tierexperiment hat man bei den Jungen thyreopriver Muttertiere eine wohl kompensatorische Schilddrüsenvergrösserung gefunden. Nehmen die hypothyreotischen und myxomatösen Erscheinungen trotz Thyreoidin zu, so ist die Einleitung des künstlichen Abortes oder der Frühgeburt unter Umständen angezeigt. Während beim Hypothyreoidismus die Fertilität sehr herabgesetzt ist, ist sie beim Hyperthyreoidismus, beim Basedow, nur wenig herabgesetzt. In etwa 40% der Fälle wird der Basedow durch die Schwangerschaft nicht beeinflusst, etwa 60% erfahren eine Verschlechterung. Wird die Verschlechterung progredient bei rationeller interner Behandlung, so ist es am richtigsten, nicht die Schwangerschaft zu unterbrechen, sondern die Strumektomie zu machen. Es hat sich gezeigt, dass nach Strumektomien die Schwangerschaft fortschreitet und die Beschwerden sich besserten oder ganz verschwanden. Die Gefahr droht vom Herzen. Genau so ist auch bei der Struma und Schwangerschaft zu handeln, d. h. es ist die Strumektomie zu machen, wenn die Störungen bedrohlich werden. Nur in 6% der Fälle tritt danach die Schwangerschaftsunterbrechung ein. Der künstliche Abort kommt nicht in Betracht, höchstens kann die künstliche Frühgeburt mit der Strumektomie konkurrieren. Seitz konnte mit Hilfe der Prüfung der galvanischen Erregbarkeit nachweisen, dass in der Schwangerschaft ein latent tetanischer Zustand besteht. Parästhesien und asthmatische Be-

schwerden können Symptome dieser latenten Tetanie sein. In solchen Fällen ist die galvanische Erregbarkeit zu prüfen. Die ausgesprochene Maternitätstetanie ist selten und wahrscheinlich immer in der Schwangerschaft entstanden. Sie ist eine besonders schwere Form der Tetanie mit einer Mortalität von 7%. Wahrscheinlich handelt es sich auch bei dieser Tetanie um eine Insuffizienz der Glandulae parathyreoideae. Mit der Eklampsie hat die Tetanie und der Hypoparathyreoidismus nichts zu tun. Wenn die physiologische Schwangerschaftshypertrophie des Vorderlappens der Hypophyse ein gewisses Mass überschreitet, kann es zu zerebralen Erscheinungen kommen. Auch für gelegentliche akromegalieartige Veränderungen in der Schwangerschaft ist die Hypophyse verantwortlich zu machen. Für die Osteomalacie sind nicht Störungen in der Aufnahme des Kalziums im Darmkanal oder in seiner Ausscheidung durch den Harn verantwortlich zu machen. Nur insofern besteht eine Änderung gegenüber der Norm, als im Kot verhältnismässig mehr Kalk ausgeschieden wird; doch kann die Kalkbilanz positiv sein. Die Osteomalacie ist eine Störung des Stoffwechsels der Knochenzellen. Wahrscheinlich sind Störungen in der inneren Sekretion verschiedener Drüsen für die Krankheit verantwortlich zu machen. In der Hauptsache dürfte es sich um eine Hyperfunktion des Ovariums, und zwar der interstitiellen Drüse handeln. Für eine richtige Auffassung der sehr komplizierten Verhältnisse ist wichtig, dass auch Muskeln und Nerven miterkrankt sind.)

75. Siedeberg, Emily H., The significance of albuminuria in pregnancy. The Brit. med. Journ. 1912. p. 1009—1012. (Eine Übersicht über die Gefahren, die bei der Albuminurie während der Schwangerschaft und vornehmlich bei der Geburt drohen.)

76. Slemons, Is Albuminuria likely to recur in successive pregnancies? Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 67. Nr. 425. Ref. The Journ. of the Amer. med. Assoc. Vol. 60. Nr. 23. p. 1831.

77. — J. Morris, Is albuminuria likely to recur in successive pregnancies? The Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women. Vol. 67. Nr. 5. (Die ausgesprochenen Fälle von Albuminurie in der Gravidität rezidivieren nach den sorgfältigen Beobachtungen des Verf. in etwa 20%. Bezüglich der Prognose quoad Rezidiv soll das Verhalten der Albuminurie und des Blutdrucks im Wochenbett einen gewissen Anhaltspunkt geben. Wenn am Ende der ersten Woche nur noch Spuren Eiweiss im Harn nachzuweisen sind und der Blutdruck nach zwei Wochen ungefähr normal ist, so ist die Prognose quoad Rezidiv gut.)

78. — Mit welcher Wahrscheinlichkeit kehrt die Albuminurie in folgenden Schwangerschaften wieder? Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 34.

79. Sondern and Harvey, jun., Phenolsulphonephthalein Test of renal function in pregnancy. Bull. Lying-in Hosp. New York. Nov. 1912. Ref. The Brit. med. Journ. May 10.

80. Spire et Boeckel, Arguments obstétricaux en faveur de la néphrectomie pour tuberculose rénale unilatérale. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris etc. Nr. 2.

81. Spengler, K., Weitere Beiträge zur Pyelitis gravidarum. Inaug.-Diss. Zürich. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 34.

82. Stöckel, Fall von Abort mit Urämie. Nordwestdeutsche Ges. f. Gyn. 9. Nov. 1912. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. Heft 5. (Abort mens. V—VI. Am zweiten Tage nach der Ausräumung Exitus, wie bei einer Embolie. Die Sektion ergibt normale Genitalien, hochgradige Schrumpfblase, linksseitigen Nierendefekt. Die rechte Niere ist fast um das Doppelte vergrössert, von zahlreichen Abszessen durchsetzt und mit Steinen angefüllt, so dass nur noch Reste von sezernierendem Nierenparenchym vorhanden sind. Jauchige Pyelitis. Die Frau hatte zwei normale Entbindungen durchgemacht.)

83. Van Sweringen, Budd, Appendicitis during pregnancy, with the report of an interesting case. Amer. Journ. of Obst. May.

84. Tauffer, V., Anaemia és graviditas. Orvosegyesületi Ertesitö. Nr. 9. (Nach den absolut ungünstigen Erfahrungen, welche Tauffer vor vielen Jahren in zwei Fällen von Anaemia perniciosa gemacht hatte, beendete er die Geburt in einem solchen Falle auf folgende Weise: Nachdem die Geburtsarbeit begonnen hatte und der Muttermund zwei Finger weit eröffnet war, eröffnete er das Abdomen in der Mittellinie. Nach Abklemmen der Lig. infundibulo-pelv. und rotund. beiderseits und Abschieben der Blase eröffnete er mittelst Querschnitt den stark gedehnten Cervix, extrahierte das Kind und fasste die nun zugänglichen Uterinae, wobei die Frau kaum einen Löffel

Blut verlor. Nun folgte die supravaginale Amputation des Uterus, Versorgung der Gefässe und Bauchnaht. Rekonvaleszenz ungestört. Die weitere Behandlung an der medizinischen Klinik lässt eine Dauerheilung erhoffen.) (Temesváry.)

85. Tuszkai, Odon, Herzkrankheit und Schwangerschaft. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. 1912. Nov. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 15.

86. Vallois, Action heureuse et immédiate de la position ventrale dans deux cas de vomissements graves consécutifs à une opération césarienne et à un accouchement provoqué. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris etc. Nr. 6. p. 576. (Zwei Fälle, in denen die Schnitzlersche Bauchlage einen unmittelbaren Erfolg hatte. Beide Fälle sind geheilt entlassen.)

87. Vanverts, Phlébite par effort? Au cours de la grossesse. Mort par embolie 17 jours après l'accouchement. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. Nr. 3. (12 Tage ante partum fällt die Frau auf der Treppe auf die rechte Hüfte. Sieben Tage ante partum macht die Frau eine unglückliche Bewegung, wobei sie Schmerzen in der rechten Seite des Unterleibes empfindet. Geburt und Wochenbett verlaufen normal, abgesehen von dem persistierenden Schmerz im rechten Hypogastrium. Der Schmerz wird auf eine Phlebitis bezogen, trotzdem objektiv nichts nachzuweisen ist ausser einem geringfügigen Hydrarthros im rechten Knie. Trotz Immobilisierung plötzlicher Exitus. Keine Autopsie.)

88. Vogt, E., Morbus Addisonii und Schwangerschaft. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 33. (Teilt einen Fall von Zusammentreffen von Morbus Addisonii und Schwangerschaft mit, den dritten dieser Art. Die Geburt erfolgte im neunten Monat. Das Kind lebte nach 14 Jahren noch. Am dritten Tage post part. 38,6°. Gonokokken in Urethra und Vagina. Am 11. Tage post part. Exitus. Bei der Sektion fand sich eine Verkäsung beider Nebennieren. Genitale o. B.)

89. Vondouris, Beitrag zur geburtshilflichen Behandlung des Diabetes mellitus mit Schwangerschaft. Inaug.-Diss. Lyon 1912. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 15.

90. Weibel, Serologisches und Klinisches über Schwangerschaftspyelitis. Arch. f. Gyn. Bd. 99. (Das Serum von Mutter und Kind enthält fast ausnahmslos Antikörper vom Typus der Ambozeptoren, zuweilen auch das Fruchtwasser. Spontane Ausheilung einer schweren Schwangerschaftspyelitis.)

91. — Serologisches und Klinisches über Schwangerschaftspyelitis. II. Klinisches zur Ätiologie der Schwangerschaftspyelitis. Arch. f. Gyn. Bd. 101. Heft 2. (Nach eingehendster Prüfung aller in Betracht kommender Momente kommt Weibel zu dem Schluss, dass die Stauung bei der Pyelitis das Primäre ist und dass diese, auch bei normalen Schwangeren so ausserordentlich häufige Stauung, durch den Druck des wachsenden Uterus bedingt ist. Die Infektion des gestauten Harnes kann durch Aszension der Keime oder auf dem Lymphwege vom Darme her erfolgen. Es kommt ausser dem Cökum und Colon ascendens noch das Duodenum als Ursprungsstätte in Betracht.)

92. Williamson, Herbert, Diagnose der Albuminurie in der Schwangerschaft. Lancet. May 17. p. 1363. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 34. p. 1275.

93. — Some points in determining the signification of albuminuria in pregnancy. The Lancet. May 17.

94. Wollenberg, Graviditätspsychose. Unterelsäss. Ärzteverein. Strassburg. 21. Dez. 1912. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 10. (Eine einheitliche und nosologisch selbständige Graviditätspsychose gibt es nicht. Diskussion: Fehling: Unter 30000 klinischen Geburten kein Fall von akuter Verwirrtheit.)

95. Zangemeister, Die Beziehungen der Erkrankungen der Harnorgane zu Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Verhandl. d. Deutsch. Ges. f. Gyn. XV. Versamml. Halle. (In der Schwangerschaft kommt es leichter als sonst zu einer Cystitis, und zwar durch Eitererreger und nicht durch das Bacterium coli, ebenso wie der Bakteriengehalt der Harnröhre bei Schwangeren von 26% auf 61% erhöht ist ohne Zunahme des Bacterium coli (14% : 9%). Dieses Verhalten des Bacterium coli verwertet Zangemeister für die Anschauung, dass die Kolipyelitis gravidarum und der so häufige Befund des Bacterium coli im Blasenharn (ohne Cystitis!) nicht auf einer Aszension der Keime beruhe. Wenn gerade die Keime, die bei der Pyelitis und der Bakteriurie ohne Cystitis gefunden werden, in der Urethra trotz Zunahme des Bakteriengehalts eher weniger geworden seien und ferner bei den sicher aszendierten Infektionen der Blase, und zwar durch die Eitererreger keine Pyelitis vorkommt, so sei es wahrscheinlicher, dass die Infektion vom Blut oder Darm, und zwar vorzugsweise von letzterem aus erfolge.

Zangemeister glaubt, dass die aszendierende Infektion bei der Graviditätskolipyelitis wohl gelegentlich vorkommen könne, hält aber den deszendierenden Infektionsmodus für den bei weitem häufigeren. Zangemeister betont ausdrücklich, dass nie der Bakteriengehalt allein, sondern stets das Zusammentreffen von Stauung des Harns im Nierenbecken mit Bakteriengehalt des Harns die Pyelitis bedinge, ein Punkt, der für die Therapie entscheidend ist. Für die Schwangerschaftsniere (leichte Form) wie für die Nephropathia gravidarum (schwere Form) und die Eklampsieniere macht Zangemeister in erster Linie Störungen in der Nierenzirkulation verantwortlich. Damit ständen nicht nur die histologischen Veränderungen im Einklang, sondern vor allem das Verhalten der Diurese, die charakterisiert ist durch eine verringerte Harnmenge und herabgesetzte Ausscheidung der Chloride. Diese Veränderung der Diurese zeige eine verminderte Nierendurchblutung an. Für die verminderte Nierendurchblutung sei eine Erhöhung des Blutdrucks verantwortlich zu machen. Vermöge schon eine Erhöhung des Blutdrucks die charakteristischen Veränderungen bei bis dahin normaler Niere hervorzubringen (Geburtsalbuminurie), so besonders bei einer schon veränderten Niere, d. h. einer Niere, die infolge einer transsudativen Diathese mehr oder weniger ödematös und damit bei ihrer festen Kaspel in ihren Zirkulationsbedingungen beeinträchtigt sei.)

96. Diskussion sur la question de l'obstruction intestinale au cours de la gestation. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris etc. Nr. 3. (Es wird über mehrere höchst eigenartige Fälle berichtet, die das gemeinsam haben, dass während der Schwangerschaft plötzlich bedrohliche peritonitische Symptome auftreten, ohne dass die Laparotomie eine befriedigende Erklärung gibt.)

97. Discussion on affections of the urinary tract complicating pregnancy. 81. Jahresvers. der Brit. med. Assoc. in Brighton. Juli. Ref. The Brit. med. Journ. p. 991 ff. (Eine kurze, höchst instruktive Übersicht.)

Komplikation der Schwangerschaft mit Erkrankungen und Tumoren der Genitalorgane, Traumen, Lageveränderungen etc.

1. Barret, Ch. W., Über die Komplikation von Ovarialtumoren mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 16. Nr. 1. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 26. p. 979.

2. — Ovarian tumors complicating pregnancy, delivery and the puerperium. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 16. p. 28. Ref. The Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 67. p. 1022.

3. — Ovarian tumours complicating pregnancy, delivery and the puerperium. Surg., Gyn. and Obst. Jan. Ref. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Empire. Vol. 23. p. 424.

4. Beyer, Ein Fall von spontaner Uterusruptur in der Schwangerschaft. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 1. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 17.

5. Barjaktawitsch, Boginja, Ovariotomie während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Inaug.-Dissert. München 1912. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 52.

6. Chomjakowa-Buslowa, Zur Komplikation der Schwangerschaft durch Uterusmyom. Festschrift an Lindemann. 1912. (Chomjakowa-Buslowa bringt drei Krankengeschichten. In allen Fällen wurde Laparokölíomyomektomie ausgeführt. In einem Falle wurde die Gravidität ausgetragen. Geburt und Wochenbett normal.)
(H. Jentter.)

7. Fabre et Bourret, Étude clinique et anatomo-pathologique d'un cas d'hypertrophie du col au cours de la grossesse. Bull. de la soc. d'Obst. et de Gyn. Nr. 3. (Spontangeburt bei hochgradiger Portiohypertrophie.)

8. Ferrasi, Présentation d'un cas de cancer utérin au cours de la grossesse; hystérectomie 2 mois après l'accouchement. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris etc. Nr. 6. p. 573. (Ferrasi betont, dass die Operation sehr leicht war und zwar unter dem Einfluss der zwei Monate zurückliegenden Gravidität. Es wurde wegen Ca. cerv. die abdominale Radikaloperation nach Wertheim gemacht.)

9. Fonyó, Ein Fall von Retroflexio uteri gravidi partialis. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 34. (Grav. mens. IX. Eklampsie. Querlage. Schnellentbindung wegen der Eklampsie

durch Wendung auf den Kopf und Perforation. In dem im kleinen Becken fixierten Abschnitt des Uterus sitzt die Plazenta. Ein Jahr später Operation. Dabei zeigt sich, dass der Fundus uteri mit seiner Rückfläche adhärent ist.)

10. v. Graff, Über den Einfluss der Gravidität auf das Wachstum maligner Tumoren. 85. Vers. deutsch. Naturforscher u. Ärzte Wien. Sept. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 41. p. 2018. (Verf. impfte trächtige weisse Ratten mit einem vorzüglich wachsenden Rattensarkom. Die Trächtigkeit war dem Wachstum des verimpften Materiales nicht günstig.)

11. Gross et Fruhinsholz, Un cas de grossesse normale après hémihystérectomie dans un utérus double. Soc. obst. et gyn. 21. Mai. Ref. La Gyn. Nr. 9. (Bei einem Uterus bicornis unicollis wurde wegen Hämatometra das eine Horn abgetragen. Später hat die Pat. eine normale Entbindung durchgemacht.)

12. Hammerschlag, Retroflexio uteri gravidi fixata. Berl. med. Ges. 26. Februar. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 10. (Die im vierten Monat schwangere Frau kam mit beginnenden Einklemmungserscheinungen [Blase!]. Da die Aufrichtung des retroflektierten Uterus wegen breiter Adhäsionen nicht gelang, löste Hammerschlag die Adhäsionen per laparotomiam und verkürzte die Ligamenta rotunda uterus. Die Gravidität blieb wie in 15 anderen derartigen Fällen der Literatur erhalten. Nur einmal ist bei einem derartigen Vorgehen bisher die Gravidität unterbrochen worden.)

13. Hauch, 3 Tiefaelde af Svangerskab kompliceret med Underlivssvulster. (Drei Fälle von Schwangerschaft mit Unterleibsgeschwülsten kompliziert.) Dänische kirurg. Ges. 14. Dezbr. 1912. Ref. Hospitalstidende, Kopenhagen. p. 1476. (O. Horn.)

14. Henkel, Partielle Aussackung der hinteren Uteruswand bei Gravidität im fünften Monat, bedingt durch Retroversio fixata. Naturw.-med. Gesellsch. zu Jena. 13. Nov. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 51. (Ischuria paradoxa, schwer eitrige Cystitis. Laparotomie. Lösung der Adhäsionen auf dem Douglas. Herauswälzen des inkarzerierten Uterusabschnittes. Glatte Heilung mit Erhalten der Schwangerschaft. Der Uterus hatte nach seiner Mobilisierung eine hammerförmige Gestalt.)

15. Josephson, C. D., Inkarzeration von retroflektierter gravider Gebärmutter. Verhandl. d. obst.-gyn. Sekt. d. Ges. schwed. Ärzte. Stockholm. Hygiea. Nr. 8. (Silas Lindquist.)

16. Jones, W. C., Ovarian tumors complicating pregnancy, delivery and the puerperium. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 16. 63. Ref. The Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 67. p. 1023.

17. Jung, Cervixmyome in der Schwangerschaft. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 31. p. 1531.

18. Kubinyi, Pál, Myomás terhes méh fixált retroflexiojának mütéte, myoma-enucleatio, kizöbb rendes szülés. Aus der Sitzung der gynäkol. Sektion des Kgl. Ärztevereins am 17. Dezember 1912. Ref. Orv. Het., Gyn. Nr. 1. (Bericht über einen Fall von fixierter Retroflexion des graviden, myomatösen Uterus; Laparotomie behufs Reposition und Enukleation des Myoms im dritten Monate der Schwangerschaft; Geburt normal.) (Temesváry.)

19. Kowner, E., Über die Beziehungen zwischen Uterustumoren und Schwangerschaft. Inaug.-Dissert. Bern. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 41.

20. Kroph, Blasenverletzungen bei Schwangeren. Geb.-gyn. Ges. in Wien, 11. März. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 49. (Kroph berichtet über zwei höchst lehrreiche Fälle. Im ersten Fall handelte es sich um ein Mädchen, das im dritten Monat schwanger war. Pat. hatte die Nacht gefeiert und sehr viel getrunken. Am nächsten Morgen hob sie ein Schaff mit Wasser, indem sie dasselbe über der Symphyse am Beckengürtel aufstützte. Gleich nachher heftige Schmerzen im Leib und Erbrechen. Kollaps. Diffuse Peritonitis. Exitus ca. zwölf Stunden nach Beginn der Erkrankung. Die Autopsie ergab eine diffuse Peritonitis und als Ursache derselben einen im frischen Zustande, 8 cm langen, intraperitonealen Riss der Harnblase. Der Riss wird durch das Heben des Wasserschaffes bei voller Blase und nach Alkoholabusus erklärt. Im zweiten Falle war eine Peritonitis entstanden im Anschluss an eine Durchbohrung des Blasenfundus mit einem starren Gegenstand. Der Arzt hatte die Frau mittelst der Zange entbunden und vorher die Blase katheterisiert.)

21. Krüger-Franke, Myom und Gravidität. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 2. (Diskussion: Henkel enukleierte bei Grav. mens. VII ein intraligamentär entwickeltes Myom der linken Seitenkante wegen intensiver Beschwerden. Es kam zur Frühgeburt.)

22. Kuklinski, Beitrag zur Lehre von der Ovariotomie in der Schwangerschaft. Inaug.-Dissert. Berlin.
23. Levant, Albert, L'hystérectomie totale dans le traitement du cancer du col de l'utérus au cours de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum. Thèse de Paris 1912. Ref. La Gyn. Nr. 9.
24. Lobenstine, Die Tuberkulose in ihrer Beziehung zur Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Verhandl. d. amer. Ges. von Geb. u. Gyn. 25. Jahresversammlung zu Toledo (Ohio) Sept. 1912. Amer. Journ. of Obst and Dis. of Women etc. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 36.
25. Markoe and Wing, Thyroid in Pregnancy. Bull. of Lying. In Hospital of City of New York. June. Vol. 9. Nr. 2. Ref. Current med. Literature. Vol. 61. Nr. 2. (852 Primiparae: 83 Strumen = 9,7%; davon 20 Strumen schon vor der Gravidität; 20 sind während der Gravidität entstanden. Bei den übrigen 43 ist die Zeit der Entwickelung der Struma nicht zu ermitteln. 734 Multiparae: 49 Strumen = 6,7%; davon 13 schon vor der Schwangerschaft. 17 Strumen haben sich erst während der Schwangerschaft entwickelt. In 19 Fällen ist der Zeitpunkt der Entstehung nicht bekannt. Von den gesamten 132 Strumen bei 1586 Graviden bildeten sich 21 nach der Geburt zurück.)
26. Mériel, Polype utérin cavitaire et avortement. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris etc. Nr. 4. (Nach einem spontan erledigten Abort mens. II blutet es weiter. Deshalb Abrasio ohne nennenswerte Ausbeute. Die Blutung steht trotzdem nicht und bei einer erneuten Untersuchung wird ein voluminöser Polyp im Zervikalkanal gefunden. Fünf Tage später ist der Polyp in die Vagina geboren. Er inseriert im Corpus uteri, zum mindesten in der Höhe des Orif. int. ut. Er wird entfernt.)
27. Möller, Otto, Mandshovedstor fibromatös Uterus med en Graviditet i 3. Maaned. (Mannskopfgrosser fibromatöser Uterus mit Gravidität im dritten Monat. Demonstr.) Ges. f. Gyn. u. Obst. 6. Nov. 1912. Ref. Ugeskrift f. Laeger. Kopenhagen. p. 2018. (O. Horn.)
28. Patel et Dujol, Un cas de pelvipéritonite à colibacilles pendant la grossesse. Soc. nat. de méd. de Lyon. 14 et 21 Avril. Ref. La presse méd. Nr. 70. p. 712. (Douglasabszess bei Grav. mens. II. Pyosalpinx dextra. Appendix frei. Im Eiter hauptsächlich Bact. coli. Totalexstirpation. Heilung gestört durch eine Dünndarmfistel, die sich schnell schliesst.)
29. Puech et Vanverts, Tumeurs de l'ovaire et grossesse. VIIe congrès de gyn., d'obst. et de pédiatrie. Lille 25 Mars. Ref. La Gyn. Nr. 4. (Auf Grund von 1316 Fällen werden die wichtigsten Punkte aus dem klinischen Verhalten der Ovarialtumoren während der Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett erörtert. Übereinstimmend wird auch in der Diskussion anerkannt, dass die Ovariotomie mit Ausnahme der letzten etwa zwei Monate stets zu machen ist. In einem Drittel der nicht ovariotomierten Fälle kommt es zu schweren Störungen (vor allem durch Suppuration und Torsion).
30. Scipiades, Myom und Schwangerschaft. II. Komplikation des Myoms mit Gravidität. Abhandl. a. d. Gebiete d. Geb. u. Gyn. Mitteilg. aus der II. Frauenklinik der Kgl. Ungar. Univ. zu Budapest. Prof. Tauffer. Bd. 2. H. 2. (Auf Grund von 67 eigenen Fällen werden alle Fragen, die sich aus der Komplikation des Myoms mit Schwangerschaft ergeben, erschöpfend behandelt. Das Ergebnis ist bei sorgfältigster Berücksichtigung der Literatur in höchst instruktiven Leitsätzen zusammengefasst, ein fester Grund für alle zukünftigen Arbeiten.)
31. Scott, Carmichael E. W., A case of caesarean section at term for fibroid in a twin pregnancy. The Lancet. Vol. 185. p. 223. (42jährige Primipara. Im sechsten Monat wurde ein apfelgrosses, gestieltes Fundusmyom entfernt. Da ein anderes Myom in dem untersten Abschnitt des Corpus sass und auch auf die Cervix übergriff, wurde am Ende der Schwangerschaft der Kaiserschnitt gemacht. Es wurden zweieiige Zwillinge entwickelt. Anschliessend supravaginale Amputation des Uterus.)
32. Siegel, Willy, Genitaltumoren und Schwangerschaft. Inaug.-Dissert. Freiburg 1912. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. p. 132.
33. Tóth in der Diskussion zu Elemír Scipiades: Geburt und Kindbett bei Uterusmyom. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 28. (Tóth operierte im letzten Jahre während der Schwangerschaft drei Myome, die nekrotisch waren.)
34. Tuchelt, Otto Ernst, Zur Ätiologie der Spontanrupturen des Uterus intra graviditatem. Inaug.-Dissert. 1911. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. p. 134.

35. Tymieniecki, Karzinöser, fünf Monate schwangerer Uterus vaginal entfernt. Przeglad chirurg. i gin. Bd. 9. H. 3. p. 338. (Polnisch.) (v. Neugebauer.)
36. Waldstein, Schnitte aus einer spontan rupturierten und nachträglich per laparotomiam total exstirpierten Gebärmutter. Geb.-gyn. Ges. Wien. 12. Nov. 1912. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 23. (Linksseitige eitrige Parametritis im vierten Wochenbett. Die fünfte Entbindung erfolgt spontan. Nach der Geburt des Kindes heftige Blutung, auch nach Expression der Plazenta und bei gut kontrahiertem Uterus. Es blutet aus einem 10—12 cm langen, linksseitigen Cervixriss. Durch Tamponade der linken Wundhöhle und Belastung von aussen steht die Blutung. Die Frau kommt wieder, als sie im fünften Monat schwanger ist. Den vorgeschlagenen Kaiserschnitt am Ende der Gravidität lehnt sie ab. Exstirpation des graviden Uterus per laparotomiam. Die Wand der Cervix ist an der früheren Rissstelle nur 2—3 mm dick und enthält keine Muskulatur an dieser Stelle. Auch die Schleimhaut ist sehr dünn und besteht fast nur aus einer Epitheldecke. Es finden sich keine Drüsen. Die übrige Cervixschleimhaut ist normal.)
37. Weber, Wilhelm, Über Gebärmutterkrebs und Schwangerschaft. Inaug.-Dissert. München 1912. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. p. 132.
38. Weise, Uteruskarzinom und Schwangerschaft. Inaug.-Dissert. Jena.
39. Wenzel, Über Blasenblutungen bei Retroflexio uteri gravidi incarcerata. Inaug.-Dissert. München.
40. — Über Blasenblutungen bei Retroflexio uteri gravidi incarcerata. Inaug.-Dissert. München. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 49. (Grav. mens. IV—V. Die Blase reicht bis zum Nabel. Der Urin ist etwas trübe und enthält nur wenig pathologische Bestandteile. Nach Entleerung der Blase eine starke Blasenblutung. Dauerkatheter. Am nächsten Tage Reposition des Uterus. Am zweiten Tage nach der Reposition Kystoskopie: stark erweiterte Venen. Ödem der Blasenwand. Schleimhaut frei. Die Blutung ist auf die Stauung der Blasenvenen zurückzuführen, nicht auf eine Arrosion wie bei der Blasengangrän.)

Krankheiten des Eies, intrauteriner Fruchttod, abnorm lange Retention des abgestorbenen Eies.

1. Ballantyne, J. W., and James Joung, Fatal case of hydatidiforme mole. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 24. (Eine 47jährige Frau, die 13 gesunde Kinder hat, wird in desolatem Zustande eingeliefert und stirbt fünf Minuten nach der Aufnahme. Das Unwohlsein war drei Monate ausgeblieben; der Uterus war so gross wie im siebten Monat. Sie erkrankte am Tage vor dem Tode mit krampfartigen Schmerzen im Leib und einer starken Blutung. Der Abgang von Bläschen ermöglichte sofort bei der Aufnahme die Diagnose auf Blasenmole. Bei der Nekropsie fand sich in einem Ovarium eine bohnengrosse Luteinzyste. Auf dem Sagittalschnitt des Uterus ist die Kuppe des Uterusinhaltes von einem Blutgerinnsel bedeckt. Diese Partie entspricht, wie die mikroskopische Untersuchung zeigt, dem Cavum uteri. Grosse Teile der Zottenmassen lassen makroskopisch keine Blasen erkennen. Eine Frucht ist nicht zu finden. Die Uteruswand ist sehr verdünnt; stellenweise ist sie nur etwa 4 mm dick. Die Muskulatur ist von der Zottenmasse stets durch Schleimhaut getrennt.)
2. Baus, Missed labour. Niederrh.-westf. Ges. f. Geb. u. Gyn. 9. Juni 1912. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Ergänzungsh. p. 364. (Wegen Fieber wird der Uterus mens. VII per lap. exstirpiert.)
3. Blay, Uterus mit nicht maligner Blasenmole exstirpiert, gleichwohl malignes Chorionepitheliom an der Vaginalwand gefunden. Przeglad Lekarski Nr. 3. p. 54. (Polnisch.) (v. Neugebauer.)
4. Burnett, Napier, Bacterial infection of the foetal membranes from a case of hydrorrhoea gravidarum. Roy. Soc. of Med. May 1. Ref. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 23. p. 425. (Abort in der 23. Woche. Bis 16 Tage zuvor verlief die Schwangerschaft normal. Die folgenden 16 Tage täglich Hydrorrhoe bei lebendem Kind. Das Chorion wies an dem unteren Pol eine handflächengrosse, gelbe, verdickte Stelle auf. Mikroskopisch fanden sich miliare Abszesse und Bakterien.)
5. Buttron, Über einen Fall von Graviditas extramembranacea. Inaug.-Dissert. Würzburg.

6. Dufour, Henri, et J. Thiers, Transmission du bacille de Koch de la mère au foetus. La Gyn. Nr. 7. (Ein 19jähriges Mädchen, gravid. mens. III, erliegt einer Meningitis tub. Schon vor der Gravidität war die Tuberkulose manifest geworden. Bei der Sektion zeigt sich, dass der Abort im vollen Gange war. Die Plazenta bot makroskopisch und mikroskopisch nichts Besonderes. Es wurden keine Bazillen gefunden. Dagegen gab das Tierexperiment mit zerriebener Plazenta ein positives Resultat. Der Fötus hatte Aszites. Im Tierexperiment zeigte sich, dass der Aszites tuberkulös war. In einem zweiten Falle handelt es sich um eine Gravida mens. V mit schwerer Lungentuberkulose. Das Kind wird spontan geboren und wog 2320 g. Drei Tage vor der Entbindung Blutentnahme. Es werden keine Tuberkelbazillen gefunden. Ebensowenig in der Plazenta, dem Nabelschnurblut und dem Plazentarblut. Die ersten $3^1/_2$ Wochen war das Wochenbett ungestört und entwickelt sich das Kind gut [2510 g].)

7. Engman, Einige Bemerkungen über die Pathogenese der Syphilis der Plazenta. Dermat. Wochenschr. 1912. Bd. 55. Nr. 44. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 2.

8. Engström, Beobachtungen über malignes Chorionepitheliom. Mitteilg. a. d. gyn. Klinik des Prof. Dr. Otto Engström in Helsingfors. Bd. 10. H. 3. Berlin, Karger. (Ausführlicher klinischer und histologischer Befund bei fünf Fällen.)

9. Ferguson, Haig, Bei einer 48jährigen Frau wurde der bis etwas oberhalb des Nabels reichende Uterus exstirpiert. Er enthielt eine Blasenmole. Lancet. Vol. 184. Nr. 4687.

10. — Unusual case of hydatidiform mole, dealt with by abdominal hysterectomy. Edinb. Obst. Soc. June. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 24. (49jährige Frau, die drei Fehlgeburten mens. II—III durchgemacht hatte. Die letzte Periode war im August 1912. Im Oktober traten Magenbeschwerden auf. Vom 27. November ab Blutung. Pat. bemerkt eine Geschwulst auf der rechten Seite des Unterleibes. Am 11. Dezember wird der Hausarzt konsultiert wegen Kurzluftigkeit, geschwollener Füsse und allgemeiner Schwäche. Die Geschwulst reichte bis zweiquerfingerbreit unterhalb des Nabels. Der Harn war reichlich und enthielt kein Eiweiss. In den folgenden Tagen schnelles Wachstum der Geschwulst. Am 22. Dezember sah Ferguson die Pat. Sie war völlig ausgeblutet. Die Geschwulst reichte bis etwas über den Nabel. Der Muttermund war geschlossen. Dicht oberhalb der Cervix waren mehrere kleine Myome zu fühlen. Es blutete stark. Herztöne waren nicht zu hören, wohl aber war Konsistenzwechsel des Uterus zu konstatieren. Freier Erguss in der Bauchhöhle. Die Diagnose schwankte zwischen Blasenmole oder Schwangerschaft im myomatösen Uterus. Blasen waren nicht abgegangen. Es wurde der Uterus supravaginal amputiert. In der Bauchhöhle nicht blutiges Exsudat. Auf dem Sagittalschnitt des Uterus, der in der Grösse einem sechsmonatlichen entsprach, fand sich, abgesehen von den kleinen Myomen, eine Blasenmole. Die Mole war überall durchblutet und bedeckte die ganze Innenwand des Uterus mit Ausnahme einer kleinen Partie, die von einem Koagulum ausgefüllt war und, wie die mikroskopische Untersuchung bestätigte, dem Uteruskavum entsprach. Die Wand des Uterus war überall etwa 1 cm dick. Pat. bisher gesund.)

11. Funck-Brentano, Rétention prolongée dans l'uterus d'un crâne de foetus malgre deux curettages faits à un mois d'intervalle. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris etc. Nr. 6. p. 537. (Bei einer Gravide mens. VI kam es am 30. April zum Abort, der durch Extraktion des Föten erledigt wurde. Pat. blutete aber weiter und bekam Fieber. Es wurde deshalb 48 Stunden später eine Abrasio gemacht, die kleine Knochen zutage beförderte. Pat. blutet weiter, die Temperatur bleibt immer erhöht. Deshalb einen Monat später erneute Abrasio. Es wird ein Knochensplitter entfernt. Jetzt hören die Blutungen und das Fieber auf. Die Menses treten zweimal auf. $2^1/_2$ Monate später wird nochmals curettiert. Dabei werden die Schädelknochen des Föten entfernt.)

12. Gottschalk, Beitrag zur Lehre von der Hydrorrhoea uteri gravidi amnialis. Arch. f. Gyn. Bd. 99. (Vom siebten Schwangerschaftsmonat an Hydrorrhoe, durch Nachweis von Lanugo und Harnstoff als amnial erkannt. Nie Abgang von Blut. Ätiologie: Polyhydramnion. (Beim Blasensprung $2^1/_2$ l aufgefangen!) und nach Ansicht des Verf. primäre regressive Veränderungen der Eihäute. Hochgradige Leukozyteninfiltration der Eihäute (Bakterienfärbung negativ).

13. v. Gromadzki, Ein Beitrag zur Lehre von der Blasenmole mit besonderer Berücksichtigung deren Pathogenese. Inaug.-Dissert. Halle.

14. Gussew, B. M., Ein Fall von Missed abortion. Wratscheb. Gaz. Nr. 51.

(H. Jentter.)

15. Holländer, Jerö, Ovarium elváltorásak mola hydatidosa kapcsán. Budapest. Orvosi Ujsag, Szülèscet ès Nögyógyászat. Nr. 2. (In fünf Fällen von Traubenmole fand Holländer zystische Veränderungen in den Eierstöcken und nimmt daher einen kausalen Zusammenhang dieser beiden Krankheitsformen an.) (Temesváry.)

16. Huzarski, Vortrag über Missed abortion und Missed labour. Przeglad chir. ingin. Bd. 9. H. 3. p. 352. (Mit Diskussion.) (Polnisch.) (v. Neugebauer.)

17. Imhoff, Walter, Über Blasenmole nebst Mitteilung eines Falles von Molenretention. Inaug.-Dissert. Marburg.

18. Joung, Zwei Fälle von Blasenmole in situ. The Lancet. Vol. 184. Nr. 4687. (1. Uterus fünf Zoll lang und in den oberen Partien vier Zoll breit. Die Uteruswand war ungefähr $^1/_3$ Zoll dick. An einer Stelle war noch das Cavum uteri erhalten. Die Zotten waren dort von einer dünnen Reflexa bedeckt. Die Zotten drangen nirgends in die Muskulatur ein. 2. Grösse eines hochschwangeren Uterus. Die Reflexa war in diesem Falle dicker und bestand aus typischem Deciduagewebe. Auch hier waren die Zotten nicht in die Muskulatur eingedrungen. Für die Blutung wird die Nekrose der Decidua reflexa verantwortlich gemacht, weil es dadurch zu einer Kommunikation des intervillösen Raumes mit dem Uteruskavum kommt.)

19. Keiffer, H., Death of the fetus in hydatidiform mole. Bull. de la soc. belge de gyn. 1912. Tome 22. Nr. 4. Ref. The Amer. Journ. of Obst. Vol. 67. p. 594.

20. Kreisch, Ein Fall von Missed labour. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 23. (Letzte Menses Mitte September 1907. Ende Juni 1908 „heftige, krampfartige Schmerzen im Leib". Von da an keine Kindsbewegungen mehr. Anfang Oktober 1908 Fieber [bis 39,5°]. Bei der Laparotomie erscheint der hochschwangere Uterus grünlich. Die Wand ist ausserordentlich dünn, das Fruchtwasser spärlich. Der Uterus wird exstirpiert. Drainage nach der Scheide zu. Das Kind ist mazeriert. An dem exstirpierten Uterus ist die Wand höchstens $^1/_2$ cm dick. Geheilt.)

21. Kropiwnicki, Über die Blasenmole. Inaug.-Dissert. Breslau. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 16.

22. — Blasenmole. Wiener klin. Rundschau. Ref. Deutsche med. Wochenschr. (Bericht über 19 Blasenmolen der Breslauer Klinik (1904—1912).

23. Kosoresow, Zur Kasuistik des „Missed abortion". Verhandl. des Ärztevereins zu Rostov am Don med Nackitschewau. (H. Jentter.)

24. Kuschuir, Ein Fall von Blasenmole. Wratscheb. Gaz. Nr. 45. (H. Jentter.)

25. Kutowa, Ein Fall von Missed abortion. Wratscheb. Gaz. Nr. 8. Sitzungsber. der geb.-gyn. Ges. zu Wien. (H. Jentter.)

27. Lindquist, L., Fall von Graviditas membranacea. Allmanna Svenska Läkartidningen. Nr. 17. (Silas Lindquist.)

28. Möller - Essen, Studien über die Blasenmole. Mit 20 Abbildungen. Wiesbaden 1912, J. F. Bergmann. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 13.

26. Le Chorio-Epithélioma malin. VIIe congrès de gynécologie, d'obst. et de ped. Lille. 25 Mars. Ref. La Gynécologie. Nr. 4. (1. Proust et Bender, Étude anatomo-pathologique et pathogénie. 2. Polosson et Viollet, Étude clinique. Kritische Übersichtsreferate.)

29. v. Neugebauer, Fall von Missed labour mit zweimonatlicher Retention der abgestorbenen Frucht und spontaner Austreibung. Przeglad chirurg. i gin. Bd. 9. H. 3. p. 345—348. (Polnisch.) (v. Neugebauer.)

30. — Fr., Fall von Missed labour. Gazeta Lekarska. Nr. 46. (Polnisch.) (Frucht am Schwangerschaftsende abgestorben bei der 15. Schwangerschaft, nach zwei Monaten spontan ausgestossen. 14 normale Geburten vorausgegangen. v. Neugebauer vermutet, die Ursache des Fruchttodes sei Nabelschnurstrangulation gewesen, Ursache der Zurückhaltung der Frucht der kolossale Hängebauch, Fettsucht und Erschöpfung der Uterusmuskulatur. Der Aufsatz wird deutsch erscheinen. (v. Neugebauer.)

31. Rémy, Note sur la coloration du liquide amniotique dans un cas d'éventration du foetus. Soc. obst. et gyn. de Nancy. 16 Mars. Ref. La Gyn. Nr. 9. (Beim Blasensprung fliesst gelbes Fruchtwasser ab; aber auch schon zwei Tage vorher hatte grünlich-gelblicher Ausfluss bestanden. Das Kind wurde mit eventrierten Därmen geboren und starb nach $2^1/_2$ Tagen.)

32. Ronvier, Mort du foetus au cours du 5e mois de la grossesse, sa rétention jusqu'an terme de cette grossesse. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. Nr. 6. (Absterben des Fötus im fünften Monat. Fötus und Plazenta werden etwas über vier Monate später ausgestossen. Der Föt ist mumifiziert, die Plazenta reichlich mit Kalk durchsetzt.)

33. Rühle, Abdominal totalexstirpierter Uterus mit Blasenmole. Niederrh. westf. Ges. f. Geb. u. Gyn. 5. Dez. 1911. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Ergänzungsh. p. 349—351. (Bei der 54 jährigen Frau wird die Totalexstirpation per lap. gemacht in der Annahme, dass es sich um ein zystisches Myom handelt. Bei der Eröffnung des Uterus fand sich eine Blasenmole.)

34. Snoo, K. de, Bijdrage tot de Anatomie en de aetiologie der blaasmola. Ned. Tijdschr. voor Verlosk. en Gijnaec. p. 56. (Mendes de Leon.)

35. — Beiträge zur Anatomie und zur Ätiologie der Blasenmola. Ned. Tijdschr. voor Verlosk. en Gynaek. p. 56. (Verf. gibt ausführliche Krankengeschichten und mikroskopische Untersuchungen von zwei Fällen von Mola hydatidosa, einen bei einer 16 jährigen Primipara, die im fünften Monat aufgenommen wurde, und bei der wegen Eklampsie eine Mola entfernt wurde; drei Wochen post partum musste Laparotomie vorgenommen werden, wobei zwei grosse Zysten von beiden Ovaria entfernt wurden, die sich bei der Untersuchung als Luteinzysten erwiesen. Der zweite Fall betraf eine partielle Mola bei einer 21 jährigen Primipara, bei der eine noch lebende Frucht von 20 cm gefunden wurde, während vier Monate post partum der Uterus exstirpiert werden musste wegen Chorionepitheliom. Auf Grund seiner Untersuchungen kommt Verf. zu der Schlussfolgerung, dass eine Mola ein Neoplasma des Trophoblastes mit sekundären Veränderungen des Zottenstroma ist, während die gutartige Mola auf die Muskelwand des Uterus denselben Einfluss ausübt, wie ein Tubenei auf die Tubenwand. Das Wachstum von Luteinzysten findet vor allem statt nach Ausstossung der Mola, während diese Zysten unter Bildung von Corpora albicantia spontan verschwinden; es muss angenommen werden, dass sie in den Stromazellen des Ovariums und in den Thekazellen der Follikel entstehen.) (Mendes de Leon.)

36. Waldstein, Edmund, Über Breussche Molen und retinierte Eier im allgemeinen. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. (Verf. tritt für eine erschöpfende Durcharbeitung der im Titel genannten Eier ein und beschreibt in ausserordentlich lehrreicher Weise eine Breussche Mole und ein durchblutetes, retiniertes Ei (Missed abortion). Für die Breussche Mole ist nicht der irreführende Name der Hämatommole zu gebrauchen, sondern, wie Hauser und Bauereisen vorgeschlagen haben, der schon vor Scanzoni gebräuchliche Name einer Aneurysmenmole. Verf. ist es gelungen, die Veränderungen der retinierten Eier experimentell in vitro zu erzeugen.)

37. Weymeersch, Blasenmole. Journ. de Bruxelles. Nr. 17. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 22.

38. Williams, Philip F., A report of cases of hydatidiform mole from the service of the university Maternity. The Amer. Journ. of Obst. Vol. 67. (In zwei Fällen wurde wegen zystischer Ovarialtumoren laparotomiert. In dem einen Falle wurde nur das eine Ovarium entfernt, in dem anderen wurden beide Adnexe exstirpiert unter Amputation des Corpus uteri. Im ersten Falle wurde am Tage nach der Operation auf Tamponade die Blasenmole ausgestossen. III. Fall. Uterus bis zum Nabel. Dilat. cerv. Ausräumung der Blasenmole in Äthernarkose. Am zweiten Tage Exitus [Ikterus, Erhöhung der Temperatur] wegen akuter Leberdegeneration. Keine Autopsie. IV. Fall. Während der Ausräumung der Blasenmole eine schwere Hämoptoe. Sofortiger Exitus.)

39. Wolff, Alfred, Veränderungen an der Plazenta und an den kindlichen Organen bei Diabetes in der Schwangerschaft. Mittelrhein. Gesellsch. f. Geb. u. Gyn. 28. Juni. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. (Wolff fand in den Organen und der Plazenta zweier faultot geborener Kinder, deren Mütter im Coma diabeticum in die Heidelberger Frauenklinik eingeliefert waren, einen exzessiven Glykogengehalt.)

40. Zaharescu, Die vorzeitige Ablösung der normal inserierten Plazenta im Laufe der Schwangerschaft. Ref. Münchn. med. Wochenschr. p. 43. (Die vorzeitige Ablösung der normal sitzenden Plazenta ist in der Bukarester Gebäranstalt in 25 Jahren 24 mal beobachtet, d. h. einmal auf 1706 Geburten. Mortalität der Mütter in ca. 30%, der Kinder in ca. 95%. Für die schweren Fälle kommt nur der Kaiserschnitt in Betracht.)

Vorzeitige Unterbrechung der Schwangerschaft, abnorm lange Dauer derselben, künstlicher Abortus, Frühgeburt.

1. Adde, R., Vaginale Hysterektomie bei septischen Aborten. Inaug.-Diss. Lyon 1911. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 22.
2. Albrecht, Zwei Fälle von eitriger Peritonitis nach krimineller Uterusperforation. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. Heft 2. (1. Tentamen abortus provocandi deficiente graviditate. Diffuse eitrige Peritonitis. Bleistiftdicke Perforation des Fundus uteri. Ausspülung der Bauchhöhle, doppelte Übernähung der Perforationsöffnung. Bauchwunde primär genäht. Im Eiter Streptokokken. Glatte Heilung. 2. Grav. mens. V. Halbbleistiftdicke Perforation auf der Rückwand des Uterus mit schmierig belegter Umgebung. Kolipelveoperitonitis. Spülung der Bauchhöhle. Übernähung der Perforationsöffnung in zwei Etagen. Schluss der Bauchwunde. Entleerung des Uterus mittelst vaginaler Sectio. Glatte Heilung.)
3. Aubert, Die Behandlung des septischen Abortes. Schweiz. Rundschau f. Med. Nr. 15. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 46. (Verf. veröffentlicht die in Genf seit 1908 mit der aktiven Therapie erhaltenen Resultate bei fieberhaften Aborten. Für die Behandlung war mehr der klinische Befund wie die vorgenommene bakteriologische Untersuchung ausschlaggebend. Seine 660 Fälle teilt Verf. nach ihrer Schwere in sieben Kategorien ein. Die besten Resultate gibt eine möglichst frühzeitige Ausräumung des Uterus, bis zum dritten Monat mit einer grossen Curette, eventuell nach vorausgegangener Dilatation mit Hegarstiften. In einzelnen Fällen ist die Abortzange zu Hilfe zu nehmen. Vom dritten Monat ist vor der Curettage die digitale Ausräumung des Uterus zu empfehlen. Nach der Entleerung wird mit einer antiseptischen Lösung gespült, oder 5 $^0/_0$ Jodtinktur injiziert. Eisblase und Ergotin. Die konservative Behandlung lässt Verf. zu bei Fällen, die sich spontan erledigen zu wollen scheinen. Curettage ist kontraindiziert, wenn die Infektion mehrere Tage alt ist, wenn sie über den Uterus gegriffen hat. Abgesehen vom wissenschaftlichen Interesse hat die bakteriologische Untersuchung für das therapeutische Vorgehen des praktischen Arztes keinen Wert.)
(F. König.)
4. Bayer, Lässt sich der künstliche Abort aus rassehygienischen Gründen motivieren? Oberrhein. Ges. f. Geb. u. Gyn. 27. Okt. 1912. Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. 18. p. 157. (Diskussion.)
5. — Lässt sich der künstliche Abortus aus rassehygienischen Gründen motivieren? Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. 18. (Zurzeit ist der Stand der Vererbungslehre beim Menschen noch nicht genügend weit gediehen, um einen künstlichen Abort aus rassehygienischen Gründen zu rechtfertigen.)
6. Bichat, Un cas de gangrène utérine d'origine abortive. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris etc. Nr. 4. (Krimineller Abort mens. IV (womit?). Vier Tage post abortum wird Patientin mit ausgesprochener Peritonitis eingeliefert. Bei der sofortigen Laparotomie erscheint der Uterus dunkelrot. Doch finden sich auf der Vorderwand zwei vollkommen schwarze Partien etwa von der Grösse eines Fünffrancsstücks. In der Mitte der grössten schwarzen Partie findet sich ein Loch, durch das das Cavum uteri mit der Peritonealhöhle in Verbindung steht. Der Autor hält dieses Loch für sekundär, d. h. infolge der Gangrän der Uteruswand entstanden. Die Venen des Uterus sind thrombosiert, das Lumen der Arterien eigenartig verengert. Am Tage nach der Operation (Totalexstirpation mit Drainage) Exitus. Der Verf. glaubt, dass irgendeine zur Abtreibung benützte Flüssigkeit für die Gangrän verantwortlich zu machen sei.)
7. Bovin, E., Von der Behandlung infizierter Fehlgeburten. Verhandl. d. obst.-gyn. Sekt. d. Ges. Schwed. Ärzte. Stockholm. Hygiea. Nr. 8. (Verf. ist der Meinung, dass eine vorsichtige Exspektation bei Fieberaborten prüfungswert ist.)
(Silas Lindquist.)
8. Brodsky, Der künstliche Abort vom medizinischen und sozialökonomischen Standpunkte. Wratsch. Gaz. Nr. 18. (Das Verbot des Aborts ist vom religiösen Standpunkte theoretisch unbegründet; die ethischen Motive, welche gegen den Abort angeführt werden, sind grob materieller Natur; Not, Hunger, eiserne Notwendigkeit, die seelischen Leiden nach Vergewaltigung und bei sonstigen Verhältnissen schaden der Gesundheit und gefährden das Leben der Frau mehr, denn Krankheit. Der Embryo stellt bis zu sechs Wochen nur eine nichtige primitive Gewebsmasse dar, deshalb muss der Abort bis zu sechs Wochen vom Gesetz als nicht strafbar erklärt werden, da er

nicht vom bösen Willen der Frau diktiert ist, sondern weil die Frau ihre Schwangerschaft auszutragen nicht gewillt ist. In den späteren Monaten der Schwangerschaft darf der Abort nur auf medizinische oder äusserste soziale Indikationen hin eingeleitet werden.) (H. Jentter.)

9. Brüno, Ein Fall von Uterusperforation. Wratsch. Gaz. Nr. 8. Sitzungsber. der geb.-gyn. Ges. zu Kiew. (Bei der Abrasio wegen Blutung bei zweimonatlicher Schwangerschaft wurde die Cervix bis Nr. $9^1/_2$ nach Hegar dilatiert; darauf wurde die stumpfe Reinstättersche Curette eingeführt, welche sehr tief eindrang, zugleich setzte eine heftige Blutung ein. Uterus- und Scheidentamponade. Wegen Verschlechterung des Allgemeinzustandes Laparotomie. Im Douglas blutig-seröse Flüssigkeit. Am linken Rande der Gebärmutter, unterhalb des inneren Muttermundes, Suggilation, auf der Höhe derselben eine Öffnung von 1,5 cm Länge. Nach Spaltung des Peritoneums und Entfernung der Gerinnsel wurde in der Uteruswand ein Loch konstatiert, aus welchem es stark blutete. Nach Anfrischen der Ränder fortlaufende Catgutnaht. Ein Drain aus dem Douglas zur Scheide hinaus. Patientin wurde am 18. Tage geheilt entlassen. Verf. meint, die Perforation sei mit dem Dilatator zustande gekommen, nicht mit der Curette. Sonde und Curette perforieren den Fundus, der Dilatator das untere Segment. Verf. befürwortet die Abortausräumung mit stumpfer Curette.) (H. Jentter.)

10. Douglas, Bougie removed from abdominal abscess ten weeks after introduction per vaginam by patient to induce abortion. Amer. Journ. Obst. Jan. Ref. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 23. (Als die Menses zwei Wochen überfällig waren, führte Patientin ein Bougie ein. Es entwickelte sich im Verlauf von 10 Wochen eine schmerzhafte Schwellung an der Aussenseite des rechten Rectus abdom. Der Abszess wurde inzidiert. In ihm lag das Bougie. Am 11. Tage post. operat Abort. mens. III.) (A. D.)

11. Fedorow, W. P., Zur Abortbehandlung. Wratsch. Gaz. Nr. 24. Verhandl. des XII. Pirogowschen Kongr. (Auf 7720 Geburten kamen 3624 Aborte. Nur $2^0/_0$ der Fälle konnten auf Veränderungen im mütterlichen Organismus zurückgeführt werden. Dreimal wurden in der Bauchhöhle Bougies gefunden. Fiebernde Aborte waren $36^0/_0$. Gesamtsterblichkeit $1,1^0/_0$, bei fiebernden Aborten $4^0/_0$. Die Behandlung war meist aktiv, die Hälfte der Kranken waren am nächsten Tage fieberfrei. 211 Fälle wurden konservativ nach Winter behandelt; die Resultate waren weniger günstig. In den meisten Fällen musste schliesslich doch aktiv eingegriffen werden.) (H. Jentter.)

12. Fischer, Zur poliklinischen Abortbehandlung. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 25.

13. Ginzburg, Ein Kaiserschnitt aus seltener Indikation. Ssibirskaja Wratsch. Gaz. Nr. 12. (Bei Ausführung eines Abortus legalis wurde Uterusruptur konstatiert, weshalb Kaiserschnitt angeschlossen wurde.) (H. Jentter.)

14. Grün, Zur Abortfrage. Wratsch. Gaz. Nr. 12. Sitzungsber. der geb.-gyn. Ges. zu Moskau.

15. — Sozial-rechtliche Stellung des Aborts. Wratsch. Gaz. Nr. 24. Sitzungsber. des XII. Pirogowschen Kongr. (Die Fruchtabtreibung ist nicht das Resultat einer sozialen Degeneration und ist kein Verbrechen gegen das Leben oder die öffentliche Sittlichkeit. In vielen Fällen beugt der Abort den Kindsmord vor. Nur das Gesetz verhält sich ablehnend zum Abort, das Volk spricht im Geschworenengericht die „Verbrecher“ immer frei. Die Frau, welche zum Abort greift, begeht kein Verbrechen, weil dabei der böse Wille fehlt. Der Abort muss als nicht strafbar erklärt werden; danach wird der Mortalitätsprozent ad minimum fallen. Die Zahl der Frauen, welche sich die Frucht abtreiben, wird bedeutend fallen, wenn der Staat die unehelichen Mütter unter seinen Schutz nehmen wird, das Institut der ausserehelichen Kinder aufhebt und ihre Existenz und Erziehung sicherstellt. Die Erhöhung des Wohlstandes der Arbeiterklasse wird die Hauptursache des Aborts aufheben — die Not.) (H. Jentter.)

16. Gubarew, Die chirurgische Bedeutung neugebildeter Gefässe bei Extrauteringravidität und Tumoren der Bauchhöhle. Journ. akusch. i shensk. bol. Febr. (H. Jentter.)

17. Hegar, A., Der fahrlässige Abort. Hegars Beitr. Bd. 18. Heft 3. (Warnt dringend vor dem Gebrauch der Uterussonde.)

18. Hirt, Uterus mens. III samt Tuben vaginal exstirpiert. Med. Ges. zu Magdeburg. 10. April. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 31. p. 1745.

19. Hofmokl, Bemerkungen zu dem Aufsatz des Dr. Fischer „Zur poliklinischen Abortbehandlung“. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 25.

20. Hütelson, Der gegenwärtige Stand der Frage über die Behandlung des septischen Aborts. Med. Obosr. 1912. Nr. 18. (Sammelreferat.) (H. Jentter.)
21. Humpstone, Pathological conditions which justify abortion. L. J. Med. Journ. VII. 17. Ref. The Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 67. p. 1024.
22. Jacomy, A propos de l'avortement thérapeutique. Soc. de méd. légale. 10 Mars. Ref. La Presse méd. Nr. 23.
23. Julien, Avortement criminel par perforation de l'utérus. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris etc. Nr. 5. p. 470. (Bei der gerichtlichen Autopsie eines 16jährigen Mädchens fand sich in der Bauchhöhle ein grosser Bluterguss mit einer Frucht von fast drei Monaten und Plazenta. Die Adnexe sind normal. In der linken Fundusecke des Uterus ist ein grosses Loch, durch das das Ei in die Bauchhöhle gelangt ist. Über die Art der kriminellen Verletzung war nichts Näheres zu erfahren.)
24. Kalinkowitzky, Wieder über den künstlichen Abort. Wratsch. Gaz. Nr. 43. (Der sog. „soziale" Abort ist antisozial und antimedizinisch zu nennen; und die Frage über die Notwendigkeit desselben unterliegt nicht der Kompetenz der Ärzte. Der Ärztestand muss gegen ihn Protest erheben und seine professionelle Würde wahren, an der Überzeugung festhaltend, dass der soziale Abort nichts als Demoralisation mit sich bringt. Der Ärztestand muss die Gesetze, welche den ohne streng medizinische Indikationen ausgeführten Abort strafbar erklären, unterstützen, weil sie Gewissen und Würde derjenigen Ärzte wahren, welche ihre Profession vor dem gewaltigen Ansturm der Massen schützen. Progressive ärztliche Organisationen müssen einen moralischen Druck ausüben auf Ärzte, welche die ärztliche Ethik vergessen und den sozialen Abort gutheissen.) (H. Jentter.)
25. Laband, Ludwig, Zur Frequenz, Ätiologie und Pathologie der Fehlgeburt. Inaug.-Diss. Breslau 1912. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. p. 142.
26. — Frequenz, Ätiologie und Pathologie der Fehlgeburt. Inaug.-Diss. Breslau 1912.
27. Lampavsky, St., Über die septischen Aborte und deren Behandlung. Inaug.-Diss. Basel 1912. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 22.
28. Lande, Sudden death from attempted abortion. Journ. de méd. de Bordeaux. Nr. 19. Ref. The Brit. med. Journ. (Bei der Sektion eines 18jährigen Mädchens, das während der Abtreibungsversuche plötzlich gestorben war, fand sich in der Scheide ein Gummikatheter und etwas Blut. Im Uterus fand sich noch das ganze Ei, aber losgelöst von der Wand. Weder an den Genitalien, noch bei der Untersuchung der übrigen Organe fand sich eine Erklärung für den Exitus.)
29. Länsimäki, Toivo, Schwere Verletzung der Scheiden-Blasenwand bei krimineller Provokation von Abort. Letale Septikämie. Mitteil. a. d. gyn. Klinik des Prof. Engström, Helsingfors. Bd. 10. Heft 3. Berlin, Karger. (Breite Kommunikation zwischen Blase und Scheide infolge von Abtreibungsversuchen. Septische Blutungen subkonjunktival und periorbital. Blutungen aus Nase und Mund.)
30. Lequeux et Dupont, Péritonite post abortum. Colpotomie et laparotomie. Entérostomie secondaire. Guérison. (Abort. incompl. mens. III mit Peritonitis (36,6°; Puls 106, häufiges Erbrechen, Meteorismus). Mittelst Abrasio werden die Plazentarreste entfernt. Anschliessend wird der hintere Douglas eröffnet. Es entleert sich etwas Eiter. T-Rohr. Mediane Inzision unterhalb des Nabels. Es entleert sich übelriechendes Exsudat. Drainage. Am nächsten Tage das Bild einer absoluten Darmlähmung. Deshalb Enterostomie. Heilung.)
31. Liebeck, Adolf, Das Tentamen abortus provocandi deficiente graviditate und seine rechtliche Bedeutung. Inaug.-Diss. Greifswald. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 22.
32. — Das Tentamen abortus provocandi deficiente graviditate und seine rechtliche Bedeutung. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. Heft 6. (Die Arbeit zerfällt in einen gynäkologischen Teil, in dem das bisherige Tatsachenmaterial zusammengestellt ist und eine ausführliche gerichtlich-medizinische Studie.)
33. Lingen, L. v., Der kriminelle Abort. Berl. klin. Wochenschr. 1912. Nr. 52. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 22.
34. Ludwig, Die Abortbehandlung. Prakt. Ergebn. d. Geb. u. Gyn. Bd. 5. (Tritt für die aktive Therapie der fieberhaften Aborte ein. Das Material der Berner Frauenklinik zeigte, dass die Verwendung der Curette keine schlechteren Resultate zur Folge hatte als die digitale Ausräumung der febrilen Aborte. Die Tamponade nach der Ausräumung ist zu entbehren.)

35. Maly, Über eine seltenere Art des Zustandekommens von Uterusverletzungen. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 21. (Abort. artef. wegen eines schweren Herzfehlers bei Grav. mens. II. Die Dilatation wurde mit Hegarschen Dilatatoren vorgenommen. Dabei entsteht ein rechtsseitiger Cervixriss. Nach Ausräumung des Abortes wird laparotomiert. In der Bauchhöhle findet sich reichlich geronnenes und flüssiges Blut. 2—3 cm oberhalb der Umschlagsfalte des Blasenperitoneums und 1 cm von der Uteruskante entfernt ist die Verletzung des Peritoneums. Die Wunde im Peritoneum wird über der tamponierten Wundhöhle in zwei Etagen vernäht. Reinigung der Bauchhöhle. Geheilt.)

36. Mayer, A., Wie soll sich der Arzt, welcher einen künstlichen Abort für nötig erachtet, verhalten, um die Standesehre zu wahren, bösem Gerede aus dem Wege zu gehen und Berührungen mit dem Staatsanwalt zu vermeiden? Oberrhein. Ges. f. Geb. u. Gyn. 27. Okt. 1912. Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. 18. p. 157.

37. Mayer-Simmern, Landwirtschaftliche Erntearbeiten und Fehlgeburten. Ärztl. Sachverständigenzeitg. Nr. 18. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 42. p. 1964. (Verf. weist nach, dass in der Gegend des Hunsrück zur Zeit der Heuernte eine starke Häufung von Aborten vorkommt.) (Hirschfeld.)

38. Meyer-Ruegg, Der Kampf gegen die kriminelle Fruchtabtreibung. Korrespondenzbl. f. Schweiz. Ärzte. Nr. 5. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 46.

39. Mihalkovics, E., und J. Rosenthal, Klinikai és bakteriologiai adatok a lázas abortus therapiájához. Orvosegyeszületi Ertesitö. Nr. 10. (Bei 100 febrilen Aborten untersuchten Mihalkovics und Rosenthal den Inhalt der Gebärmutter bakteriologisch. In 99 Fällen fanden sie pathogene Keime, darunter 58 mal Streptokokken, 22 mal sogar hämolytische. Der Verlauf war ganz unabhängig vom Bakterienbefund und der einzige Todesfall war auch durch eine Koli-Peritonitis bedingt. Es ist daher nicht begründet, die Behandlung des febrilen Abortes vom bakteriologischen Befunde abhängig zu machen.) (Temesváry.)

40. — — Klinische und bakteriologische Beiträge zur Abortustherapie. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Ergänzungsh. (Auf Grund reichen klinischen und zum Teil bakteriologisch kontrollierten Materials treten Verff. energisch für eine aktive schonende Behandlung ein. Sie haben bei 1147 Fällen 2,6% schwere Störungen einschliesslich 0,5% Mortalität.)

41. Paperna, Über künstlichen Abort. Wratsch. Gaz. Nr. 45. Sitzungsber. des Ärztevereins zu Archangelsk. (H. Jentter.)

42. Petö, Ernö, Méhenkivüli terhesseg esete. Aus der Sitzg. der gyn. Sekt. des kgl. Ärztevereins am 17. Dez. 1912. Ref. Orvosi Hetilap. Gyn. Nr. 1. (Bericht über einen Fall von Extrauteringravidität.) (Temesváry.)

43. Le Poittevin, A propos de l'avortement thérapeutique. Soc. de méd. légale. Ref. La Presse méd. Nr. 34. p. 345.

44. Ross Mc Pherson, Die Radikalbehandlung des Aborts auf Grund von 3500 Fällen. Bull. of the Lying-in Hosp. Vol. 8. Nr. 4. 1912. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 22.

44a. Römer, C., Über Bakteriämie bei Aborten und ihre Bedeutung in klinischer und theoretischer Beziehung. Beitr. z. Klin. d. Infektionskrankh. u. z. Immunitätsforsch. Bd. 1. Heft 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 22.

45. Rüder, Zwei Fälle von Uterusexstirpation bei Gravidität. Geb. Ges. zu Hamburg. 15. Okt. 1912. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 3. p. 103—104. (1. Conj. diag. 8,5—9 cm; sehr enge Vagina. Kreisst fünf Tage. Mehrfach von Arzt und Hebamme untersucht. II. dorso-anteriore verschleppte Querlage. Temperatur normal. Puls 82. Dekapitationsversuche misslingen. Deshalb Porro. Geheilt. 2. Uterusexstirpation im fünften Monat. Dreimal Perforation. Zweimal Sectio caesarea, und zwar das letzte Mal mit langdauernder Eiterung aus dem suprasymphysären Schnitt. Wegen Gefahr der Uterusruptur macht Rüder den künstlichen Abort. Die Dilatation gelingt nicht. Nach Metreuryse 40°. Deshalb Uterusexstirpation. per laparot. Geheilt.)

46. Russakowa-Lwowitsch, Zwei Fälle von Extrauteringravidität. Wratsch. Gaz. Nr. 47. Ärztekonferenz der Landschaftsheilanstalt zu Ssaki. (H. Jentter.)

47. Sellet, Contribution à l'étude des gestations dites prolongées. Thèse de Paris. Ref. La Gyn. Nr. 9.

48. Sellheim, Schwangerschaftsunterbrechung und Sterilisation in einer Sitzung auf abdominalem Wege. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. (Bei gleichzeitiger Indikation zum künstlichen Abort und zur Sterilisation empfiehlt Sellheim, mittelst fundalen Querschnittes das Ei digital auszuräumen und beide Tuben zu entfernen oder nur die Tuben am Uterus zu resezieren, und zwar per laparotomiam.)

49. Scherer, Sándor, Lehet-e irányado a bakteriologiai vizsgálat a vetéhések kezelésében? Orvosi Hetilap. Nr. 18. (Winter gegenüber spricht Scherer die Ansicht aus, dass die Behandlung febriler Aborte nicht vom Erfolg der bakteriologischen Untersuchung abhängig gemacht werden kann, weil diese keine zuverlässige Richtschnur bilden, langwierig und in der allgemeinen Praxis nicht durchführbar sind.) (Temesváry.)
50. Singer, Hugo, Tentamen abortus provacandi praesente gravidite extrauterina. Orvosegyesületi Ertesitö. Nr. 9. (Bericht über zwei Fälle von Extrauterinschwangerschaft, in welchen Abtreibungsversuche das Bersten des Fruchtsackes verursachten.) (Temesváry.)
51. Ssolomin, Das Kriminelle an der Fruchtabtreibung. Wratsch. Gaz. Nr. 49. Sitzungsbericht d. Ges. prakt. Ärzte des Gouvern. Tomsk. (Der künstliche Abort ist ein soziales Übel, und der Schlüssel zur Lösung der Frage ist in der Soziologie zu suchen. Bei der zurzeit herrschenden kapitalistischen Gesellschaftsordnung sind nicht nur Kinder, sondern auch die Ehe für sehr viele unzugänglicher Luxus. Die Lebensverhältnisse drängen viele Frauen zum künstlichen Abort zu greifen; deshalb muss das Gesetz die Strafen möglichst milde gestalten. In der Zukunft, im Ideal, wird es keine Aborte geben, weil der mütterliche Instinkt stärker sein wird als die Notwendigkeit der Fruchtabtreibung. Zurzeit aber ist es Sache des Staates, für das Wohl der schwangeren Frau zu sorgen und möglichst weitgehenden Säuglingsschutz zu üben.) (H. Jentter.)
52. Szabo, Dénes, A mesterséges vetérlésröl. Orvoskepzés. Nr. 7. (Abhandlung über die Indikationen der künstlichen Fehlgeburt.)
53. Tissier, A propos de l'avortement thérapeutique. Soc. de méd. légale. 10 Févr. La Presse méd. Nr. 15. p. 139. (Macht darauf aufmerksam, dass es im französischen Gesetzbuch keinen Paragraphen gibt, der den Arzt ermächtigt, einen wohlberechtigten künstlichen Abort einzuleiten.)
54. Traugott, M., Über die Behandlung des infizierten Aborts. Ärztl. Verein in Frankfurt a. M. 21. April. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 21. p. 1173 ff. (In den Fällen von Abort — fiebernden und nicht fiebernden — wo die bakteriologische Untersuchung des Uterussekrets nur obligate Saprophyten nachweist, ist der Abort auszuräumen. Es handelt sich um Koli- und Parakolibazillen, gelbe und weisse nicht verflüssigende Staphylokokken, Pyozyaneus, Proteus, Pseudodiphtherie und andere grampositive Stäbchen, die durch ihre Stoffwechselprodukte nur eine chemische Entzündung der Uterusschleimhaut bewirken, eine bakteriotoxische Endometritis nach Walthard. Werden aber Gonokokken, verflüssigende Staphylokokken, vor allem aber Streptokokken gefunden, so ist streng konservativ zu verfahren.)
55. Tuszkai, Über Indikationen zur Unterbrechung der Schwangerschaft bei Hyperemesis und Herzkrankheiten. XVII. internat. med. Kongr. in London. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 39. p. 1434. (Die eigentliche Hyperemesis gravidarum kann nur durch Unterbrechung der Schwangerschaft behoben werden.)
56. Tschunichin, Zur Abortfrage. Wratsch. Gaz. Nr. 24. Verhandl. des XII. Pirogowschen Kongr. (H. Jentter.)
57. Voron und Folliet, Zwei Beobachtungen von vorzeitig eingeleiteter Geburt bei Diabetes mellitus. Lyon méd. 1912. Nr. 16. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 2. (An der Hand zweier ausführlich mitgeteilter Fälle kommen Verff. zu dem Schluss, dass die Indikation bei schwer geschädigtem Zustande der Mutter unanfechtbar ist; dass sie, bei dem wie gewöhnlich rapiden Wachstum des Fötus und den letzteren bei der Entbindung hierdurch entstehenden Gefahren auch aus diesem Grunde Bevorzugung verdient; und drittens auch gegenüber dem nicht seltenen Absterben des Fötus in den letzten Schwangerschaftstagen empfehlenswert erscheint.) (Zeiss.)
58. Wallich, De l'avortement précoce. Revue de gyn. et de chir. abdom. Tome 21. Nr. 1. (Besondere Berücksichtigung der Veränderungen der Decidua.)
59. Weymeersch, Sur le mécanisme de l'avortement après excision des embryons et sur la restauration utérine consécutive chez la lapine. La Gyn. Nr. 1.
60. Witt, Fritz, Kasuistischer Beitrag zur instrumentellen Perforation des abortierenden Uterus. Inaug.-Diss. Würzburg. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 17.
61. Wolffberg, Augenärztliche Bemerkungen zur Frage der künstlichen Unterbrechung der Gravidität. Wochenschr. f. Therapie u. Hyg. des Auges. Nr. 31. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 24. p. 1172—1173.
62. Wygodsky, Der künstliche Abort vom wissenschaftlichen und sozialen Standpunkte. Wratsch. Gaz. Nr. 24. Verhandl. des XII. Pirogowschen Kongr. (H. Jentter.)

63. Zweifel, E., Krimineller Abortivversuch bei nicht bestehender Schwangerschaft. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 35.

Litschkus hält die Pandemie des künstlichen Aborts nur für ein Symptom einer Krankheit der Jetztzeit, des keine Kinderhabenwollens; Kindsmord und Neomalthusianismus sind zwei weitere Symptome derselben Krankheit. Abort und Neomalthusianismus führen zu Geburtenrückgang und, obgleich die Sterblichkeit im Fallen begriffen ist, so droht doch der Menschheit Degeneration. Die Ursachen des Aborts sind zu suchen nicht in der Sittenlosigkeit, sondern in sozialen und ökonomischen Verhältnissen. Religion, politische Anschauungen, Kulturstand und Profession bleiben nicht ohne Einfluss auf die Verbreitung des Aborts und antikonzeptioneller Mittel. Die Hauptgründe bleiben wachsende Not der Massen und Furcht vor Schande. Da der Kampf mit den Ursachen der Pandemie des künstlichen Aborts unmöglich ist, und es andererseits nicht angeht, jeden künstlichen Abort nicht strafbar zu erklären, so liegt die einzige Möglichkeit, dem Übel abzuhelfen, in der breiteren Indikationsstellung zum legalen Abort und in der Anerkennung der „sozialen Indikation". Die medizinischen Indikationen können vom Gesetz nicht streng präzisiert werden. Es genügt daher, festzustellen, dass der Abort erlaubt ist, wenn Leben oder Gesundheit der Schwangeren bedroht werden, wobei die Indikation nicht weniger als von drei Ärzten bestätigt und die Operation in Gegenwart von nicht weniger als von drei Ärzten ausgeführt wird. Indiziert ist der Abort auch in Fällen, wo die Frau von einem Potator, Geisteskranken, Luetiker oder von einem mit einer vererbbaren Krankheit belasteten Manne geschwängert ist. Zu den sozialen Indikationen sind zu rechnen schwerer Notstand, Furcht vor Schande, Vergewaltigung und durch Betrug erlangter Beischlaf. Soziale Indikationen sollen nur in Hospitälern, und zwar staatlichen und öffentlichen, gestellt werden. Nur auf diese Weise kann die Mortalität und Morbidität nach kriminellem Abort zum Fallen gebracht werden. Die Frau, welche unter zwingenden Verhältnissen ihre Gesundheit aufs Spiel setzt, darf nicht verfolgt werden. Nur in diesem Falle wird die Frau mit dem Staatsanwalt ebenso offen reden können wie mit dem Arzt, und wird selbst zur Verfolgung und Ausrottung der Fruchtabtreiber, Chantagisten und sonstiger Betrüger beitragen. Ausserdem kommen in Betracht Errichtung von Wöchnerinnenasylen, das Recht der Mutter, vom Verführer Geld für die Erziehung des Kindes zu beanspruchen, Erniedrigung der Abgaben für kinderreiche, Popularisierung von Kenntnissen über die Gefahren des Aborts usw. (H. Jentter.)

Extrauterinschwangerschaft, Schwangerschaft im rudimentären Horn eines Uterus bicornis.

1. Aikman, John, An unusual abdominal case. The Lancet. Vol. 184. p. 753. (Operation wegen einer alten Extrauterinschwangerschaft.)
2. Baisch, Zur Behandlung des bei Tubenruptur in die Bauchhöhle ergossenen Blutes. Münchn. gyn. Ges. 23. Jan. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. Heft 5. (Im Anschluss an einen Fall, wo in extremis operiert und das Blut zurückgelassen wurde, empfiehlt Baisch, wenn genügend Zeit zur Verfügung steht, das Blut möglichst vollkommen aus der Bauchhöhle zu entfernen und nur dann, wenn der Zustand der Patientin eine Beschleunigung der Operation unbedingt erfordert, darauf zu verzichten.)
3. Baldwin, Two unusual cases of ectopic pregnancy one a triplet. The Journ. of the Amer. med. Assoc. Vol. 61. Nr. 6. August. (Bei normaler Menstruationsanamnese (letzte Periode zwei Wochen zuvor) wurde bei Gelegenheit einer Prolapsoperation eine doppelseitige Tubenschwangerschaft entdeckt. In der linken Tube wurden Zwillinge gefunden, in der rechten nur ein Föt. Die Föten waren ungefähr erbsengross.)
4. Bauereisen, Behandlung der Extrauterinschwangerschaft. Jahreskurse f. ärztl. Fortbild. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 35.

5. Beckmann, W., Über vorgeschrittene und ausgetragene Extrauteringravidität. Journ. akusch. i shensk. bol. Dez. (1. Sekundäre siebenmonatliche Abdominalschwangerschaft nach Tubenruptur bei einer 35jährigen Vpara. Laparotomie. Entfernung der Frucht und des ganzen Fruchtsackes. Die Plazenta sass auf dem linken Sakroiliakalgelenk und dem unteren Abschnitt des Sigmoideum. Bei seiner Ablösung kam es zu einer penetrierenden Darmverletzung. Invagination des mobilisierten S Romanum in das Rektum. Tod an Peritonitis. Der Fötus wies typische Deformationen an Schädel und Extremitäten auf. 2. Ausgetragene Abdominalschwangerschaft bei einer 36jährigen VIpara. Entwickelung eines lebenden 2550 g schweren Mädchens aus der Bauchhöhle. Zurücklassung der Plazenta und eines Teiles des Fruchtsackes in der Bauchhöhle. Tamponade. Tod am 16. Tage nach der Operation an Peritonitis. Der Uterus war mit den anliegenden Darmabschnitten so fest verwachsen, dass er mit ihnen ein Konglomerat bildete, dem die Plazenta linkerseits aufsass. Entsprechend der linken Tubenecke fand sich eine Öffnung in der Uteruswand, die von aussen von der Plazenta überdeckt war. Der Fall wird als durch Ruptur einer interstitiellen Schwangerschaft hervorgegangene Abdominalschwangerschaft gedeutet.) (H. Jentter.)

6. Biener, Lothar, Lithopädion im Mesenterium durch 20 Jahre getragen. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. (Berichtet über einen eigenen Fall.)

7. Bogdanovics, Graviditas in cornu rudimentario uteri bicornis. Gyn. Ges. in Budapest. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 32. p. 1204—1205. (Sechsmonatliche lebende Frucht im rechten atretischen Horn. Abtragen des schwangeren Horns per lap. Der nach links verschobene Uterus ist faustgross. Eine kurze, dicke, muskulöse Partie verband die schwangere Hälfte mit dem übrigen Uterus vom Orif. int. an bis fast zum Fundus. Die rechten Adnexe gingen an der Aussenseite des Fruchtsackes ab. Das Corpus luteum war im linken Ovarium. Heilung.)

8. — Milos, Graviditas in cornu rudimentario uteri bicornis. Aus der Sitzg. der gyn. Sekt. des kgl. Ärztevereins am 22. April. Ref. Orvosi Hetilap. Gyn. Nr. 2. (Graviditas in cornu rudimentaris uteri bicornis; Abtragen des schwangeren Hornes; Heilung.) (Temesváry.)

9. Bogdanow, Klinischer Bericht über 85 Fälle von Extrauteringravidität. Wratsch. Gaz. Nr. 6. Sitzungsber. der geb.-gyn. Ges. zu Moskau. (In 43% der Fälle handelte es sich um Ruptur der Tube. Gesamtsterblichkeit 6%. Die letzten 58 Operationen ohne Todesfall.) (H. Jentter.)

10. Boldt, Tubal abortion, simulating Appendicitis, with pyosalpinx on the opposite side. New York Obst. Soc. Ref. Amer. Journ. of Obst. July. (Menses völlig normal. Seit einem Monat Schmerzen in der rechten Unterbauchgegend. Druckempfindlichkeit des Mc Burneyschen Punktes. Uterus normal in jeder Beziehung. Linke Tube etwas verdickt, rechte Adnexe scheinbar normal. In der Annahme einer Appendicitis chronica Laparotomie. Es fand sich eine linksseitige Pyosalpinx, ein rechtsseitiger Tubarabort mit Verlötung des Appendix.)

11. Bonifazi, Alexandre, Etude sur les causes d'erreur dans le diagnostic de la grossesse extrautérine. Inaug.-Diss. Lausanne 1912. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. p. 142.

12. Borissow, Materialien zur Frage über die chirurgische Behandlung der Extrauteringravidität. Med. Obosr. Nr. 11. (Von 85 Fällen wurden 84 per laparotomiam operiert. Die einzig rationelle Behandlung ist die Frühoperation. Die abwartende Methode führt nur zu Komplikationen der Operation und der Heilung.) (H. Jentter.)

13. Borschtschow, Ein Fall von Extrauteringravidität mit Blutung in die Bauchhöhle und Hämoglobinurie. Russki Wratsch. Nr. 68. (Beschreibung eines schweren Falles von innerer Blutung wahrscheinlich wegen Tubarabort. Fünf Tage nach dem Insult trat Hämoglobinurie auf, welche drei Tage anhielt.) (H. Jentter.)

14. Brickner, Samuel M., Die Diagnose der Extrauteringravidität. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 27.

15. — The diagnosis of extrauterine pregnancy. The Amer. Journ. of Obst. Vol. 67.

16. Chaput, Contribution à l'étude de la grossesse extra-utérine. Importance des crises douloureuses, violentes et répétées. L'hématocèle supra-utérine. Revue de gyn. Tome 20. (Chaput legt in der Diagnose der extrauterinen Schwangerschaft grossen Wert auf die kolikartigen einseitigen Schmerzen. Er beobachtete in einem Falle eine Hämatocele, die kappenartig den Fundus uteri bedeckte. Er bezeichnet diese Form der Hämatocele als H. suprauterina.)

17. Cheval, Max, Un cas de grossesse extra-utérine simultanée des deux trompes, avec avortement bilatéral, et hématocèle bilatérale. Soc. belge de gyn. et d'obst. 4 Oct. Ref. La Presse méd. Nr. 91. p. 911. (Ganz kurzes Referat. Original siehe Le Scalpel et Liège méd. Tome 66. Nr. 18. p. 291.
18. — La grossesse tubaire avant le quatrième mois. La Gyn. Nr. 2. (Übersicht über das klinsiche Verhalten der Tubarschwangerschaft.)
19. Cheolin, Drei Fälle von Extrauteringravidität. Wratsch. Gaz. Nr. 1. Sitzungsber. der geb.-gyn. Ges. zu Moskau. (H. Jentter.)
20. Chiene, George L., Ruptured very early primary ovarian pregnancy. Edinb. Obst. Soc. Jan. 18. Ref. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 23. Nr. 4. (Das Ovarium enthielt eine kirschgrosse, vorquellende Masse. Es wurde in Reihenschnitte zerlegt. Ein Föt wurde nicht gefunden, wohl aber Chorionzotten. Kein Anhaltspunkt für Corpus luteum, keine Deciduazellen. Die Menses waren nicht ausgeblieben. Die Schwangerschaft wird auf 10 oder 22 Tage geschätzt.)
21. — Ruptured primary ovarian pregnancy. Edinb. Obst. Soc. Ref Lancet. p. 391.
22. Chomjakowa-Buslowa, Klinische Materialien zur Frage über Extrauteringravidität. Journ. akusch. i shensk. bolesn. Mai, Juni, Juli, August. (Der Arbeit liegen 237 Fälle zugrunde. Davon wurden 52 nicht operiert. Von den 185 Operierten genasen 177 (95,6%). 19 Patientinnen waren Nulliparae (10,3%). In 30,1% weist die Anamnese puerperale Erkrankungen auf. Gonorrhoe ist bei 17 Patientinnen vermerkt, in 20 Fällen Eierstockzysten. In 37,9% der Fälle war Abort, davon in den meisten Fällen bei der letzten Schwangerschaft. Dreimal war die Extrauteringravidität rezidiviert, in allen Fällen kamen abortive Hausmittel zur Anwendung. Zweimal war die Schwangerschaft ausgetragen, die Föten waren mazeriert. Die Behandlung muss operativ sein; nur bei sehr alten, gut resorbierbaren oder sehr kleinen Hämatocelen ist konservative Behandlung am Platze. Die Operation wird immer per Abdomen ausgeführt, Ausnahme bilden ausschliesslich vereiterte Hämatocelen. Von den Fällen, wo die Operation nach klinischer Vorbereitung der Patientin ausgeführt wurde, handelte es sich in 60% um Tubarabort, in 40% um Tubenruptur. Bei den 25 Fällen, die in extremis zur Operation kamen, war das Verhältnis ein umgekehrtes: in 83,3% Ruptur, in 16,7% Abort. Es besteht also bei Tubenruptur eine grössere Tendenz zu abundanter Blutung als bei Tubarabort. Von den 25 in extremis Operierten genasen 20 (80%). Bei 13 von den 185 Operierten trat in der Folge Schwangerschaft ein: vier normale Geburten, zwei Aborte, über die übrigen fehlen Angaben. Schlusssätze: In der Ätiologie der Extrauteringravidität spielen puerperale Erkrankungen eine grosse Rolle, da sie entzündliche Prozesse in Uterus, Adnexen und Beckenbauchfell wachrufen. Aborte, insonderheit wiederholte, prädisponieren zu Extrauteringravidität. Die Indikationen zu chirurgischem Eingriff bei abgekapselter Hämatocele müssen erweitert werden, und nur sehr wenige Fälle für die konservative Behandlung reserviert bleiben. Der Frage über völlige oder teilweise Ausschöpfung des Blutes aus der Bauchhöhle kommt eine grosse praktische Bedeutung zu, deswegen sind weitere Beobachtungen zu sammeln. Operationen in extremis müssen nach Möglichkeit eingeschränkt werden (möglichst frühe Diagnosestellung, möglichst genaue klinische Beobachtung). Tabellarische Übersicht der 185 operierten Fälle.) (H. Jentter.)
23. Cobb, F., Management of grave emergency cases of extra-uterine pregnancy. Annales of Surg. Philadelphia. Dec. Vol. 56. Nr. 6. Ref. Journ. Amer. med. Assoc. Jan. 4.
24. Cziyzewicz, Zwei Fälle von interstitieller Schwangerschaft. Lwowski Tygodnik Lekarski. Nr. 22. p. 392. (Polnisch.) (v. Neugebauer.)
25. Daum, Drei Fälle von Extrauterinschwangerschaft mit Diskussion. Lwowski Tygodnik Lekarski. Nr. 22. p. 395. Nr. 23. p. 409. Nr. 24. p. 425. (Polnisch.) (v. Neugebauer.)
26. Delmas, Paul, Salpingectomie pour grossesse tubaire. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris etc. Nr. 6. p. 589. (Sofort nach einem Fusstritt gegen den Unterleib fängt die Frau, die ihre letzten Menses sechs Wochen zuvor gehabt hatte, an zu bluten. Sie wird später operiert. Dabei findet sich eine Extrauteringravidität.)
27. Dercken, Otto, Gleichzeitige extra- und intrauterine Gravidität. Inaug.-Diss. Erlangen 1911. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. p. 142.
28. Diamand, Tubare Drillingsschwangerschaft. Lwowski Tygodnik Lekarski. Nr. 33. p. 561. (Polnisch.) (v. Neugebauer.)
29. Doederlein und Herzog, Ein neuer Typus von ektopischer Schwangerschaft — Schwangerschaft in einem Uterusadenomyom. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 16. Nr. 1. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 27.

30. Drozdowicz, Demonstration von Schwangerschaftsröntgenbildern der Frucht sowohl bei intrauteriner als bei extrauteriner Schwangerschaft, sobald die Frucht die siebente Woche der Entwickelung hinter sich hat. Przeglad chir. i gin. Bd. 9. Heft 3. p. 348. (Polnisch.) (v. Neugebauer.)
31. Els, Über die Giftigkeit und Gerinnungsverzögerung des intraperitonealen Blutergusses nach Tubenruptur. Arch. f. Gyn. Bd. 99. (Tritt für sorgfältigste Entfernung des Blutes ein. Eingehende theoretische Begründung.)
32. — Über die Behandlung des intraperitonealen Blutergusses nach Tubenruptur, seine Giftigkeit und Gerinnungsverzögerung. Ges. f. Gyn. u. Geb. zu Köln. 4. Dez. 1912. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Ergänzungsh. p. 332.
33. Engelking, Intraligamentär entwickelte Eierstocksschwangerschaft. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. Heft 6.
34. Engelmann, F., Ein Fall von gleichzeitiger Intra- und Extrauteringravidität mit Ruptur des tubaren Eierstocks. Der Frauenarzt. Heft 5.
35. Fabre et Bourret, Rupture de grossesse tubaire avec inondation péritonéale. Bul. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris etc. Nr. 2.
36. Falk, Zur Therapie der Extrauteringravidität. Arch. f. Gyn. Bd. 99. (Tritt dafür ein, gewisse Fälle von diffuser retrouteriner Hämatocele mässiger Grösse, die ihren Ursprung in einem tubaren Abort der ersten 6—7 Wochen hat, die keine andauernden uterinen Blutungen, keine stärkeren Beschwerden verursacht, bei der sich neben der Hämatocele kein isolierter Tubentumor findet und bei der kein Wachsen der Hämatocele nachweisbar ist, nicht zu operieren.)
37. — Zur Behandlung der Extrauteringravidität. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. 11. April. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 45.
38. Fekete, Sándor, Intraligamentarisan kifejlödeött, kiviselt méhenkivüli terhesség esete és diagnosita. Aus der Sitzg. der gyn. Sekt. des kgl. Ärztevereins am 3. Juni. Ref. Orvosi Hetilap. Gyn. Nr. 3—4. (Bericht über einen Fall von ausgetragener Extrauterinschwangerschaft, deren intraligamentäre Lage schon vor der Operation festgestellt werden konnte.) (Temesváry.)
39. Fraipont, Rupture de grossesse tubaire. Le Scalpel et Liège méd. 1912. Nr. 45—46.
40. Frankenstein, Demonstration eines supravaginal amputierten Uterus mit einer rechtsseitigen Graviditas tubaria isthmica. Niederrhein.-westf. Ges. f. Gyn. u. Geb. 3. Dez. 1911. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Ergänzungsh. p. 345 ff.
41. Fraser, John B., Lithopaedion. The Brit. med. Journ. Dec. (Lithopädion, das 42 Jahre lang, und zwar abgesehen von den letzten Jahren fast symptomlos getragen wurde. Der Kopf war leicht beweglich; im übrigen war der Körper durch feste Adhäsionen mit Uterus, Netz und Darm verbunden. Die verkalkte Plazenta sass dem dritten Sakralwirbel gegenüber. Der Kopf war von einer dünnen Haut überkleidet, die einige Blutgefässe enthält. Die Patientin war 67 Jahre alt und wurde trotz der Schwere der Operation (mit ausgedehnter Darmresektion) geheilt entlassen. Nur ganz kurzer Bericht.)
42. Fries, Extrauteringravidität. Greifswalder med. Verein. 25. Jan. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 14. p. 675.
43. Frühinsholz, A., Skelett eines ektopischen Fötus, in der Nähe des Endtermins auf rektalem Wege ausgestossen. Revue prat. d'obst. et de péd. 26. Jahrg. Nr. 284. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 27.
44. Füth, Über die Differentialdiagnose der Blutungen bei unterbrochener Tubenschwangerschaft und bei frühem uterinem Abort. Med. Klinik. Nr. 21. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 34.
45. Graefe, Primäre Netzschwangerschaft? Freie Vereinigung mitteldeutscher Gynäkologen. 26. Okt. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 1. 1914.
46. Green, Bluttransfusion bei Ruptur der Tubargravidität. Boston med. Journ. Nr. 8. Ref. Berl. klin. Wochenschr. p. 560. Nr. 12.
47. Gemmel, Two cases of ectopic gestation. North of England Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 23. Nr. 4. (1. Sekundäre Bauchhöhlenschwangerschaft mit sieben Monat altem Föt. Letzte Menses Anfang November 1911. Blutung begann im Juni 1912 und dauerte mit Unterbrechungen bis zum September. Gleichzeitig mit der Blutung Aufhören der Kindsbewegungen und Kleinerwerden der Brustdrüsen. Laparotomie. 2. Isthmische Schwangerschaft von sechs Wochen. Wegen schwerer innerer Blutung Operation. Keine Rupturstelle gefunden. Aus dem Abdominalostium der Tube kommt kein Blut.)

48. Grimsdale, Ein Fall von Eierstocksschwangerschaft mit ausgetragenem Kind. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 23. Nr. 2. p. 115. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 27.
49. Gretschel, Ein Fall von echter Ovarialgravidität nebst kasuistischen Beiträgen. Inaug.-Diss. Breslau. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 27.
50. Grube, Lithopädion. Geb. Ges. in Hamburg. 29. Okt. 1912. (Ruptur der schwangeren Tube im dritten Monat. Weiterwachsen der Frucht bis zur Zeit der normalen Geburt. Neun Jahre später Operation (Blasenbeschwerden). Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 3. p. 104.
51. — Ischuria paradoxa bei Grav. tubaria. Geb. Ges. in Hamburg. 29. Okt. 1912. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 105.
52. Guillaume, M., La grossesse développée dans une corne utérine rudimentaire. La Gyn. 1911. Nr. 8. p. 496. Ref. Revue de gyn. Nr. 3.
53. Habault, Contribution à l'étude de la grossesse extrautérine. Thèse de Paris 1912.
54. Hartmann, J. P., Beiträge zur Klinik der tubaren Schwangerschaft. Nordisk Med. Arkiv. (Auf Deutsch.) Afd. 1. Heft 1. p. 1—84. (O. Horn.)
55. Hellier, Two cases of ruptured ectopic gestation. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Nr. 5.
56. Hénault, A propos de 14 cas de grossesse tubaire; étiologie, diagnostic et traitement de la grossesse extrautérine précoce. Journ. de Chir. belge. 1912. Nr. 4—5.
57. Henkel, Zur Diagnose und Therapie der Extrauteringravidität. Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. 1912. Nr. 19. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 11.
58. Hirsch, Wiederholte Tubargravidität. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. Heft 4.
59. — Max, Wiederholte Tubargravidität. Erwiderung. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. Heft 4. (Frage der Berücksichtigung sozialer Momente bei der Operation von Extrauteringraviditäten.)
60. Hirt, Vier Fälle von Extrauteringravidität. Med. Ges. zu Magdeburg. 10. April. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 31. p. 1744.
61. Hood, Noel L., A case of full-term living child removed by laparotomy in an extrauterine pregnancy. Lancet. p. 1662. (IIpara. Letzte Menses 3. März 1909. 12. Mai 1909 starke Blutung. Bettruhe neun Wochen lang. Im Juni plötzlich heftiger Schmerz im Leib. Patientin hatte das Gefühl, als ob etwas geplatzt sei. Eine ähnliche Attacke noch zweimal innerhalb vier Wochen. Zwischen der zweiten und dritten Attacke Narkosenuntersuchung: harter Ovarialtumor im Becken, darüber der schwangere Uterus. 11. Juli Kindsbewegungen. Patientin fühlte sich weiterhin wohl bis 20. November. Von der Zeit an verlor sie beim Wasserlassen immer etwas Blut. Vom 20. Dezember ab Schmerzen, die als Wehen gedeutet wurden. Bei der Aufnahme am 22. Dezember war der Kopf rechts unter dem Rippenbogen sehr deutlich zu fühlen. Die Cervix war kaum zu erreichen, nicht aufgelockert und vollständig geschlossen. Es wurde sofort laparotomiert und aus dem transparenten Fruchtsack ein lebendes Kind entwickelt. Die Mutter machte eine schwere Rekonvaleszenz durch, da die Enfernung der Plazenta nicht vollständig gelang.)
62. Hoffmann, Ausgetragene Extrauteringravidität. K. k. Ges. der Ärzte in Wien. 7. März. Ref. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 11. p. 440. (Hoffmann demonstriert das Präparat einer ausgetragenen Extrauteringravidität, die er kürzlich operiert hat. Die 40jährige Erstgebärende befand sich am normalen Ende der Schwangerschaft, während welcher sie niemals Beschwerden gehabt hatte. Sie wurde von ihrem Arzt in die „Lazine" gewiesen, da die Geburt nach 24stündiger Dauer nicht weiterging und die Frucht abgestorben war. Beim äusseren Befund fiel auf, dass der undeutlich palpierte Uterus keinesfalls Nabelhöhe erreichte, während ein annähernd normal grosser kindlicher Schädel im Becken zu tasten war und in beiden Flanken sich kleine Teile fanden. Bei der inneren Untersuchung fand sich der matsche, unbeweglich fixierte Schädel tief im Becken, das Scheidengewölbe vordrängend, während Portio und Cervix nach vorn und oben gedrückt war, so dass der eindringende Finger das Orif. int. nicht erreichen konnte. Das gelang erst nach Dilatation der Cervix mit Hegarstiften bis 22, worauf der vergrösserte Uterus auszutasten war und leer befunden wurde. Bei der sofort angeschlossenen Laparotomie fand sich das abgestorbene Kind frei in der Bauchhöhle. Die Plazenta, als kugeliger Tumor, sass nahe der unteren Uteruskante, mit dieser durch einen Stiel, hauptsächlich aus Tube und Gefässen bestehend, verbunden. Sie war durch zahlreiche Adhäsionen mit dem Fundus uteri, den Därmen und dem Netz verwachsen und wurde exstirpiert, der Uterus belassen. Vom Sack fanden sich bloss geringe Reste vor. Das Kind wog 2040 g. Der Verlauf war vollkommen reaktionslos.) (Offizielles Protokoll.)

63. Huffman, A theory of the cause of ectopic pregnancy. The Journ. of the Amer. med. Assoc. Vol. 61. Nr. 24. (Hat bei der Untersuchung von 68 Präparaten von Tubarschwangerschaft in 54% der Fälle Missbildungen gefunden. Da er nie ein Hindernis für die Einwanderung hat finden können und nur vereinzelt leichte Grade von Entzündung, führt er die Tubarschwangerschaft auf die Missbildungen zurück, und zwar in dem Sinne, dass bei Störungen in der normalen Entwickelung der Müllerschen Gänge (Persistenz der akzessorischen Tuben oder akzessorischen Ostia) anormalerweise Gewebe persistieren kann, das zur ektopischen Einbettung führt. Er nennt seine Theorie „the anomalous-embedding-arca theory".)
64. — Ectopic pregnancy associated with anomalous Fallopian tubes. Surg., Gyn. and Obst. May. Ref. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 24. Nr. 1.
65. Huffmann, Ektopische Schwangerschaft, verbunden mit anormalen Tuben. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 16. Nr. 5. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 34.
66. Immel, Ausgetragene rechtsseitige intraligamentäre Eileiterschwangerschaft. Ges. f. Gyn. u. Geb. zu Köln 7. Febr. 1912. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Ergänzungsh. p. 325.
67. Jung, Tubarschwangerschaft, bei liegendem Intrauterinstift entstanden. Mittelrhein. Ges. f. Geb. u. Gyn. 17. Nov. 1912. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. Heft 3.
68. *Kakuschkin, Klinisches zur Frage über Extrauteringravidität. Journ. akusch. i shensk. bolesn. Jan. (H. Jentter.)
69. Kastanajew, Die Extrauteringravidität in der gynäkologischen Abteilung des Obuchow Hospitals. Russki Wratsch. Nr. 26. (Bericht über 717 Fälle, davon betrafen 99 Fälle I gravidae. In der Anamnese wurde in 274 Fällen Angaben über vorausgegangene gynäkologische Erkrankungen gefunden. Fünfmal kam wiederholte Extrauteringravidität zur Beobachtung. In 81% aller Fälle war die Schwangerschaft eine frühe (die ersten acht Wochen). Operiert wurden 337 Fälle, davon starben 27 = 8%.) (H. Jentter.)
70. Kijewski, Siebenmonatlich abgestorbene extrauterine Frucht durch Bauchschnitt entfernt 18 Monate nach Beginn der Schwangerschaft. Marsupialisation des Eilagers. Przeglad chir. i gin. Bd. 9. Heft 2. p. 235. (Polnisch.) (In der Diskussion: Stankiewicz hat dreimal bei ausgetragener extrauteriner Schwangerschaft operiert, einmal einige Monate nach Absterben der Frucht, einmal ein lebendes Kind, das nach drei Tagen starb infolge von Erkältung während des Transportes zur Kirche behufs Taufe, einmal Entfernung einer seit 18 Jahren retinierten Frucht bei einer Frau, welche trotz dieser extrauterin im Leibe getragenen Frucht noch sechs Kinder geboren hatte.) (v. Neugebauer.)
71. Kleemann, Ein Fall von ausgetragener verjauchter Tubargravidität. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. Heft 2. (Letzte Menses vor $9^1/_2$ Monaten. Seit einem Monat keine Kindsbewegungen mehr. Seit sieben Wochen Schmerzen im Leib, Abnahme des Leibesumfanges und Abmagerung. Die Frau ist äusserst elend. Abendtemperaturen bis 39°. Kolostrum. „Der Leib ist aufgetrieben, man fühlt ein eigentümliches Krepitieren unter den Fingern wie bei einem Hautemphysem und einen Tumor von der Grösse einer siebenmonatlichen Schwangerschaft." „Auf dem Röntgenbilde sah man deutlich etwas über dem kleinen Becken Knochenschatten, die ihrer ganzen Konfiguration nach nur einem kindlichen Schädel emtsprechen konnten. Von da bis fast unter den Rippenbogen reichend sah man die Wirbelsäule und einzelne Knochenschatten der Extremitäten des Fötus." Laparotomie: Das Peritoneum des Fruchtsackes ist mit dem Peritoneum parietale verwachsen. Der Fruchtsack wird eröffnet. Der 42 cm lange mazerierte Föt und die Plazenta werden entfernt. Die Wundhöhle wird tamponiert. Die Höhle kommunizierte mit dem Dünndarm und der Blase. Am 11. Tage post operat. Exitus.)
72. — Seltene Form einer fraglichen Tubargravidität. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. Heft 2. (Blutung zwei Tage vor dem gewohnten Termin, sechs Tage lang mit Schmerzen. Acht Tage später erneut Blutung, die ca. vier Wochen lang dauerte, bis zur Operation. Zweimal Erbrechen. Patientin ist sehr anämisch. Laparotomie: Linke Adnexe normal. Die rechte erweiterte Tube geht in einen grossen, zystischen Tumor über, der fast das ganze kleine Becken ausfüllt. Der Tumor ist mit der Umgebung verbacken und reisst bei der Lösung ein. Es entleeren sich schwärzliche Blutkoagula. Mikroskopisch kein Anhaltspunkt für Gravidität.)
73. Knoop, Aufgerissene Schwangerschaft im atretischen Nebenhorn. Niederrhein.-westf. Ges. f. Gyn. u. Geb. 25. Febr. 1912. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Ergänzungsh. p. 360.

74. Kouwer, Extrauterinschwangerschaft. Ned. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. 23. Febr. (Demonstriert zwei Präparate, die die Schwierigkeit der Diagnose extra-uteriner Gravidität illustrieren. Das eine Präparat ist ein Tumor, der von einer Patientin herrührt, die wieder anfing zu menstruieren, nachdem die Menses ausgeblieben waren, die aber doch meinte, schwanger zu sein. Bei der Operation stellte es sich heraus, dass es sich um keine extrauterine Gravidität, sondern um ein Fibrom des Ovariums handelte. Der zweite Fall betraf einen Tumor im Cavum Douglasii, bei einer Frau, die regelmässig mit heftigen Schmerzen menstruierte. Bei der Laparotomie fand sich ein wurstförmiger Tumor, der mit Fibrinfäden an der Tube festsass und ein aus der Tube abortiertes Ei war.) (Mendes de Leon.)

75. Krasnopolsky, Über einen Fall von ausgetragener Extrauteringravidität mit lebender Frucht. Journ. akusch. i shensk. bolesn. Febr. (38jährige Igravida, vom dritten Monat Schmerzen im Unterleib, vom vierten Monate ab täglich Abgang von Flüssigkeit aus dem Genital. Seit drei Tagen starke Schmerzen und heftiges Erbrechen. Fazies Hyppocrati. Leib gespannt, Herztöne deutlich. Uterus nicht konturierbar. In tiefer Narkose lässt sich die Frucht palpieren, sowie der vergrösserte Uterus oberhalb der Symphyse. Aus der Cervix ging eine Flüssigkeit ab, welche wie Fruchtwasser aussah. Der das Uteruskavum austastende Finger erwies sich mit Vernix caseosa bedeckt. Laparotomie; das leicht asphyktische Kind wurde aus dem dünnwandigen Fruchthalter extrahiert, belebt. Der Fruchtsack enthielt fast gar kein Fruchtwasser, erwies sich als linke Tube; nirgends Adhäsionen; die Plazenta sass im unteren Abschnitt, wurde leicht abgeschält; im Uterus mehrere Myomknoten. Supravaginale Amputation mitsamt dem Fruchthalter. Glatte Heilung. Kind männlich, 2956 g schwer, 47 cm lang, starb nach 15 Stunden. Gesicht und Schädel deformiert durch Druck seitens der Arme. Die Eihäute waren am uterinen Tubenostium zerrissen, was den Abgang des Fruchtwassers und die Anwesenheit von Vernix im Uteruscavum erklärte. Der Fall des Verf. ist der 191. in der Gesamt- und der 21. in der russischen Literatur.) (H. Jentter.)

76. Kusmin, Zur Frage über Extrauteringravidität. Journ. akusch. i shensk. bolesn. Febr.-März. (Ausführlicher Bericht über 75 operierte Fälle. Aus den vielen Schlusssätzen seien folgende hervorgehoben: Die besten Resultate gibt die operative Behandlung. Bei akuter innerer Blutung möglichst rasches Operieren, und zwar per abdomen, was volle Übersichtlichkeit gewährt. Sind die Adnexe der anderen Seite krank, so müssen sie entfernt werden. Die Ovarien müssen, wenn auch teilweise, erhalten werden. Spülung der Bauchhöhle mit physiologischer Kochsalzlösung ist von Nutzen, aber nicht notwendig. Völliger Schluss der Bauchhöhle beeinträchtigt den postoperativen Verlauf nicht. Bei Extrauteringravidität ist Abwesenheit von Menstruationsstörungen möglich. Pulsverlangsamung, welche ein Symptom des Ablaufes der Extrauteringravidität ist, darf den Entschluss zu operieren nicht beeinflussen. Diverse antikonzeptionelle Mittel können zu Extrauteringravidität disponieren, indem sie Stauungserscheinungen, Entzündungen der Adnexe, Lageveränderungen und Erkrankungen des Beckenbauchfells auslösen. Veränderungen der Adnexe auf der Seite des Corpus luteum verum führen zur äusseren Wanderung des Eies, wodurch es zu Extrauteringravidität kommen kann. Verf. gibt 75 Krankengeschichten in extenso wieder und legt neun sehr instruktive Abbildungen bei.) (H. Jentter.)

77. Lazarewicz, Wiederholte Tubenschwangerschaft. Nowiny Lekarskie. Heft 2. p. 560. (Drei Jahre nach linksseitiger Tubenschwangerschaft jetzt rechtsseitige operativ beseitigt.) (v. Neugebauer.)

78. Le Lorier, Grossesse extrautérine récidivante, Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris etc. (1911 rechtsseitige Tubargravidität mens. I—II. Exstirpation der rechten Adnexe. 1912 linksseitige Tubargravidität mens. II. Supravaginale Amputatio uteri mit Exstirpation der linken Adnexe.)

79. Lundblad, O., Eine extrauterine Schwangerschaft mit reifem toten Fötus. Allmanna Svenska Läkartidningen. Nr. 8. (Laparotomie; Herausschaffen des frei in der Bauchhöhle liegenden Fötus. Heilung.) (Silas Lindquist.)

80. Macdonald, E., und A. Krieger, Bilaterale und multiple ektopische Schwangerschaft. Journ. Amer. med. Assoc. Nr. 23. p. 1767. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 34.

81. Mandl, Abtreibungsversuch bei Extrauteringravidität. Geb.-gyn. Ges. in Wien vom 11. März. Ref. Zentralbl. Nr. 49. (Mandl berichtet über einen Fall, wo von einem Arzt zwei Tage nach dem Ausbleiben der Menses der Uterus abradiert wurde. Sechs Tage später traten die Anzeichen der extrauterinen Gravidität auf. Laparotomie. Heilung.)

82. Marjantschik, Zwei Fälle von Extrauteringravidität. Wratsch. Gaz. Nr. 34. Sitzungsbericht der geb.-gyn. Ges. zu Kiew. (Im ersten Falle Tubarabort; im zweiten siebenmonatliche Extrauteringravidität mit lebender Frucht. In beiden Fällen Laparotomie und Heilung.) (H. Jentter.)
83. Markowsky, Ein Fall von Extrauteringravidität. Demonstration. Journ. akusch. i shensk. bol. März. Sitzungsber. der geb.-gyn. Ges. zu St. Petersburg. (H. Jentter.)
84. Martini, Curt, Über die Hämatocelen nach Tubargravidität, mit besonderer Berücksichtigung der Haematocele anteuterina. Inaug.-Diss. Leipzig. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 46. (In 11 Jahren kamen nur drei anteuterine Hämatocelen in der Leipziger Klinik zur Beobachtung. Sie verdanken ausschliesslich der ektopischen Gravidität ihre Entstehung. Vorbedingung für das Entstehen ist die Verlegung des Douglas durch einen retroflektierten Uterus oder durch Adhäsionen im hinteren Beckenraum. Unter den Symptomen stehen solche seitens der Blase im Vordergrund.) (Fuchs.)
85. Mayer, A., Über die Abderhaldensche Schwangerschaftsreaktion bei Extrauteringravidität. Mittelrhein. Ges. f. Geb. u. Gyn. 17. Nov. 1912. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. Heft 3. (In einem klinisch sicheren Falle war die Reaktion negativ, vermutlich wegen der Zertrümmerung des Eies (ausgedehnte Hämatocele). In einem klinisch zweifelhaften Falle war die Reaktion positiv. Es fand sich eine rechtsseitige Tubargravidität mit etwa pflaumengrosser peritubarer Hämatocele und eine linksseitige ungeplatzte Eierstocksschwangerschaft.)
86. Mendels, Schwangerschaft im Nebenhorn. Ned. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. 23. Jan. (Tumor von der Grösse eines Hühnereies, der entfernt wurde bei einer Nullipara von 24 Jahren, die nach einer Amenorrhoe von drei Monaten 14 Tage Blutungen gehabt hatte. Der Tumor fand sich neben dem Uterus. Die von Mendes de Leon vorgenommene Laparotomie ergab, dass es sich um einen Tumor der linken Tube handelte, der mit breitem Stiel in den Uterus inserierte. Bei der Öffnung der Zyste stellte es sich heraus, dass sie zwei Fötera von 2 cm und zwei Placentae enthielt. Mendels meint, man habe es hier mit einer Schwangerschaft in einem abgeschlossenen Uterushorn zu tun. Aus der Diskussion geht hervor, dass die meisten der Ansicht sind, es handele sich hier nicht um eine Nebenhorn-, sondern um eine interstitielle Tubargravidität, mit Bezug auf die Anheftungsstelle des Lig. rotundum.) (Mendes de Leon.)
87. Michnow, Zur Kasuistik ausgetragener Extrauteringravidität. Wratsch. Gaz. Nr. 12. Sitzungsber. d. Pirogowschen Ges. zu Surjew. (Der Fruchtsack wurde von der linken Tube gebildet. Die Gebärmutter war mit dem Fruchtsack verwachsen und reichte bis Nabelhöhe. Die Plazenta inserierte an der vorderen Wand des Fruchtsackes, die Zotten drangen in die Uteruswand. Gewicht der Plazenta 1100 g, des toten Fötus 4200 g. Nach Entleerung des Fruchtsackes trat keine Blutung ein, da der Uterus durch seine Kontraktionen die Gefässe schloss. Der Kindesschädel ist deformiert. Ankylose der Gelenke an den Extremitäten, Defekt einer Ohrmuschel.) (H. Jentter.)
88. Miller, H. Brown, Einige Beobachtungen zur Diagnose der Extrauteringravidität. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 27.
89. v. Miltner, Wiederholte Tubenschwangerschaft. Inaug.-Diss. München.
90. — Wiederholte Tubenschwangerschaft. Inaug.-Diss. München. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 46. (Drei Fälle.)
91. Mitsuoka, Ein Fall von extremem Blutverlust bei Tubenruptur mit nachfolgender Psychose; zugleich über Psychosen nach gynäkologischen Operationen. Inaug.-Diss. München. 1912. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. p. 144.
92. Mühsam, Die Diagnose und Therapie der Extrauteringravidität, zugleich Mitteilungen über eine lückenlose Serie von 100 operativen Heilungen. Therapie d. Gegenw. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 34.
93. — Die Diagnose und Therapie der Extrauteringravidität, zugleich Mitteilungen über eine lückenlose Serie von über 100 operativen Heilungen. Therap. d. Gegenw. Heft 5. (Lässt ohne Schaden das Blut zurück.)
94. Müller, Josef, Demonstriert die Präparate einer gleichzeitigen extra- und intrauterinen Gravidität. Verein der Ärzte Wiesbadens. 7. Mai. Ref. Berl. klin. Wochenschrift. Nr. 24.
95. Naim, Tubal gestation continuing to the sixth month after rupture at the sixth week. The Lancet. Nr. 20 of Vol. 2. (Kurze Beschreibung des Falles.)
96. v. Neugebauer, Eine neue Serie von 73 Fällen isochroner, heterotoper Zwillingsschwangerschaft, das eine Ei intrauterin, das andere extrauterin implantiert, nebst Schlussfolgerungen. Gyn. Rundschau. Nr. 23.

97. v. Neugebauer, Franz, 29 Fälle von Tentamen abortus provocandi bei verkannter Extrauterinschwangerschaft. Gyn. Rundschau. Heft 11. (Von den 29 Frauen starben 7 = 24% Mortalität. 27 Frauen wurden operiert, 5 davon starben = 18% Mortalität. Die zwei nicht operierten Frauen starben. Literatur!)

98. — Interessanter Fall von Extrauterinschwangerschaft. Gyn. Sitzg. der Warschauer Ärztl. Ges. am 30. Mai. Przeglad chir. i gin. Bd. 9. Heft 3. p. 348—350. (Polnisch.) (33jährige Nullipara unterzog sich wegen ihrer Sterilität einer Uterusausschabung. Nachdem die Regel in der Folge zweimal erschienen war, blieb sie sechs Wochen lang aus, dann zeigten sich ab und zu blutige Flecken auf der Wäsche. Niemals stärkere Blutung, niemals Schmerzen, Kollaps etc. Als die Frau aus der Provinz in das Evangelische Hospital kam, fand v. Neugebauer den Uterus in die Höhe erhoben und nach vorn gepresst durch einen retrouterinen Tumor, eine Haematocele retrouterina. Uterus so gross wie mehrmonatlich schwanger. Livido der Vaginalschleimhaut. Harnen erschwert, ebenso Katheterismus. Vaginalportion des Uterus steht so hoch, dass sie kaum mit dem Finger zu erreichen ist. Kolostrum in den Brüsten. Subfebrile Temperaturen. v. Neugebauer vermutete isochrone uterine und extrauterine Schwangerschaft (rechterseits) und vollzog am 27. Mai die Laparotomie. Kein freies Blut in der Bauchhöhle, aber die ikterische Farbe des Omentum erwies, dass ein solcher freier Bluterguss dagewesen sein muss, der resorbiert wurde. An dem aus der Bauchwunde vorgewälzten Uterus, so gross wie drei Monate schwanger, zwei kleine subseröse Myome. Linke Annexe normal, die rechte Tube bog unweit des Uterushornes nach unten ab und verschwand in einer Haematocele retrouterina, in welcher auch das rechte Ovarium vergraben war. Bei Auslösung der Hämatocele platzte dieselbe und sprang ein 12 bis 13 wöchentlicher Fötus heraus. Plazenta in der Tubenampulle: es war also die Hämatocele ein peritubares Hämatom. Entfernung der rechten Annexa samt Hämatocele, parenchymatöses Blutsickern aus den Wänden der Excavatio rectouterina durch Pacquelin gestillt. Peritonisation der Wunde des rechten Ligamentum latum soweit als durchführbar. Bauchschluss. Rasche Genesung und Entlassung der Frau. Am nächsten Tage nach der Operation erhielt v. Neugebauer von dem Arzte, unter dessen Obhut die Frau drei Wochen in einem Provinzhospital gelegen hatte, die Decidua zugesandt, welche dort im Hospital abgegangen war. Diese Decidua bewies, dass eine intrauterine Schwangerschaft nicht vorlag, sondern dass der Uterus durch ein Myom vergrössert war. Hätte v. Neugebauer diese Decidua vor der Operation erhalten, so hätte er den myomatösen Uterus entweder amputiert oder in toto exstirpiert, so aber hatte er dank einem diagnostischen Irrtum den Uterus nicht angetastet. Und was geschah dann? Nach mehreren Wochen — v. Neugebauer war zur Zeit auf Sommerurlaub — kam diese Frau zurück, und zwar mit einem in beginnendem Zerfall begriffenen Uterusmyom. v. Neugebauers Assistent Dr. Janczewski machte die Hysterotomia anterior, entfernte das Myom und die Frau fuhr gesund nach Haus, indem sie die Fähigkeit zur Fortpflanzung behalten hatte, welche sie eingebüsst hätte, wenn bei der ersten Operation nicht der diagnostische Irrtum unterlaufen wäre. Diesem Irrtum verdankt die Frau, welche gern ein Kind haben möchte, die Aussichten auf Erfüllung ihres Herzenswunsches. Dieser Umstand ist es, welcher diese Beobachtung ganz besonders interessant und lehrreich macht. Es war die 131. in v. Neugebauers Klinik operierte Extrauterinschwangerschaft.) (v. Neugebauer.)

98a. — Bericht über eine Arbeit von Malinowski in Kazan in russischer Sprache: „Zur Frage der Therapie der weiter vorgerückten Extrauterinschwangerschaft mit zurzeit noch lebendem Kinde in Rücksicht auf das spätere Schicksal des durch Operation lebend entwickelten Kindes.“ Gyn. Sitzg. der Warschauer Ärztl. Ges. am 28. März. Przeglad chir. i. gin. Bd. 9. Heft 3. p. 340—343. (Polnisch.) (Malinowski beginnt mit der Statistik der lebend zur Welt gebrachten extrauterinen Früchte mit Bezugf nahme auf die Statistiken von Harris, Sittner und v. Neugebauer. Zu den 144 Fällen dieser Statistiken von 1813 bis 1906 fügt Malinowski 14 neuere Beobachtungen hinzu und einen von ihm in der Klinik von Prof. Gruzdiew beobachteten Fall, zusammen 159 Fälle. Die Kasuistik russischer Operateure umfasst 17 Fälle: der erste Fall wurde 1885 von Lazarewicz operiert, der zweite und dritte von v. Rein, der vierte und fünfte von Sergjejew, der sechste und siebente von Fischer, der achte und neunte von Perlis, die übrigen von Strauch, Muratow, Popow, Michin, v. Ott, Pobiedinskij, Snegirjew, Gruzdjew. Auf die polnische Kasuistik kommen die Fälle von v. Neugebauer, Rydygier, Borysowicz und C. Stankiewicz. Im Falle v. Neugebauers starb das ausgetragene Kind 19 Stunden nach der Opera-

tion infolge von Lungenatelektase, begründet in Morphinismus der Mutter, welcher man drei Monate lang zweimal täglich Morphium eingespritzt hatte. Im Falle von Stankiewicz starb das Kind nach drei Tagen infolge von Erkältung beim Tragen in die Kirche behufs Taufe! Malinowski liefert folgende Tabelle von 22 Fällen von lebend extrahierter extrauteriner Frucht:

Zur Zeit späterer Nachforschung erwiesen sich extrauterine, operativ zur Welt gebrachte Kinder wie alt?

1. Beisone in Pinerdo — 1881 . . . . 19 und 1/2 Jahr
2. Snegirjew in Moskau — 1900 . . . . 16 Jahre
3. Treub in Amsterdam-Leyden — 1887 . . . . 13 und 3/4 Jahre
4. Price in Philadelphia — 1892 . . . . 8 und 1/4 Jahre
5. v. Rein in Kijew — 1890 . . . . 11 Jahre
6. Urbdin in Belgien — 1893 . . . . 7 und 3/4 Jahr
7. Benckisser in Karslruhe — 1899 . . . . 7 Jahre
8. Pestalozza in Florenz — 1895. . . . . 6 Jahre
9. Ludwig in Wien — 1896 . . . . 5 Jahre
10. Charles in Liège — 1896 . . . . 5 Jahre
11. Potocki in Paris 1899 — . . . . 3 und 1/2 Jahr
12. Calderini in Bologna — 1903 . . . . 3 Jahre
13. Olshausen in Berlin — 1903 . . . . 3 Jahre
14. Potocki in Paris — 1907 . . . . 2 Jahre
15. Perlis in Kijew — 1901 . . . . 14 Monate alt
16. Landau in Berlin — 1905 . . . . ungefähr 1 Jahr
17. Jerje in Prag — 1905 . . . . 1 Jahr
18. Landau in Berlin — 1906 . . . . 1 Jahr
19. Chrobak in Wien — 1903 . . . . 1 Jahr
20. Perlis in Kijew — 1902 . . . . 4 Monate alt
21. Cragin in New-York — 1900 . . . . 3 Monate alt
22. Handfield-Jones in London — 1900 . . . . 3 Monate alt.

Soweit aus dieser Tabelle hervorgeht, muss Malinowski Notizen gefunden haben über die spätere Kontrolle des Schicksals der lebend extrahierten extrauterinen Frucht für diese 22 Fälle, er gibt aber leider nicht an, wo er diese Notizen gefunden hat. Malinowski gibt dann eine zweite Tabelle über das Geschick der lebend extrahierten Frucht, welche sieben, acht Monate oder die Reife erreicht hatten, für 158 Fälle.

Schicksal der Frucht extrauteriner Herkunft für 159 Fälle.

Dauer der Schwangerschaft Wie viele Wochen?	Anzahl der Fälle	Kind lebte							Weiteres Schicksal bekannt	Weiteres Schicksal unbekannt
		mehrere Minuten	mehrere Stunden	mehrere Tage	mehrere Wochen	mehrere Monate	1 Jahr oder länger	lebt bis jetzt		
28	10	5	3	2	—	—	—	—	—	—
29	2	2	—	—	—	—	—	—	—	—
30	13	2	5	4	—	1	—	1	—	—
31	2	—	—	1	1	—	—	—	—	—
32	6	2	1	1	—	1	—	1	—	—
33	9	1	1	3	1	2	1	—	—	—
34	5	1	2	1	1	—	—	—	—	—
35	9	2	3	3	—	—	—	—	1	—
36	14	1	2	1	2	5	—	—	1	2
37	8	1	3	3	—	—	—	—	1	—
38	17	—	—	2	1	2	2	6	2	2
39	5	—	1	—	—	1	2	1	—	—
40	50	11	7	1	4	2	2	12	2	9
42—43	6	1	—	—	—	—	—	3	—	2
länger	13	—	2	—	—	1	—	—	—	—
Zusammen	159	29	30	22	10	15	7	24	7	15

Aus dieser Tabelle geht unzweifelhaft hervor, dass das Kind desto grössere Chancen hat, nach der Geburt am Leben zu bleiben, je später der Bauchschnitt an der Schwan-

geren ausgeführt wurde, oder mit anderen Worten, dass die grosse Hinfälligkeit der lebend geborenen extrauterinen Früchte zusammenfällt mit dem Umstande, dass diese Kinder meist nicht ausgetragen waren, also frühreif, oder unreif für eine spätere selbständige Existenz. Will man diesem Übelstande abhelfen, so muss man nach Malinowski die Operation aufschieben, bis das Kind die Reife erlangt hat. Malinowski erörtert das Recht der ungeborenen Frucht zum Leben und bricht hier für das Leben der Frucht eine Lanze. Verf. führt dann die Ansichten der beiden entgegengesetzten Lager der Praktiker an, von denen eines mit Werth an der Spitze jede Extrauterinschwangerschaft in jedem Stadium sofort operativ beseitigen will, da jede Extrauterinschwangerschaft klinisch wie ein maligner Tumor anzusehen sei, insofern sie die Frau einer unmittelbaren Lebensgefahr aussetzen kann, das andere aber mit der Operation nicht sofort zur Hand ist, frühere Stadien konservativ behandelt und bei weiter vorgeschrittener Extrauterinschwangerschaft bei lebender Frucht — unter Exspectation armée in der Klinik — womöglich die Reife der Frucht abwarten will.) (v. Neugebauer.)

99. Nispouszky, Béla, Méhenkivüli pelezsák megiepedése a terhesség második felében. Aus der Sitzg. des Vereins der Spitalärzte am 11. Dez. 1912. Ref. Orvosi Hetilap. Nr. 5. (Bericht über zwei Fälle von Extrauterinschwangerschaft mit Berstung des Fruchtsackes in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft.) (Temesváry.)

100. Oldfield, Carlton, Eierstocksschwangerschaft. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 23. Nr. 1. p. 41. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 27.

101. *Orlow, A. N. Zur Ätiologie der Extrauteringravidität. Wratsch. Gaz. Nr. 24. Sitzungsbericht des XII. Pirogowschen Kongr. (H. Jentter.)

102. Pancot und Debeyre, Junge Ovarialschwangerschaften. Annales des gyn. et d'obst. Mars. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 20. (Die Schwangerschaft kann sich an jeder Stelle des Ovars entwickeln und ist nicht an einen Graafschen Follikel gebunden.) (F. Jacobi.)

103. — — Junge Ovarialschwangerschaften. Annales des gyn. et d'obst. Mars. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 20.

104. — — Studie über junge Ovarialgraviditäten. Ann. de gyn. et d'obst. 40. Jahrg. 2. Serie. Heft 10. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 27.

105. Pausot, Hämatocele des Ligamentum latum durch Ruptur tubarer Schwangerschaft. Rev. prat. d'obst. et de péd. 26. Jahrg. Nr. 286. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 34.

106. Prüsmann, Ungewöhnliche Fälle von ektopischer Schwangerschaft mit Demonstrationen. Gyn. Ges. zu Dresden. 20. Febr. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 31. (Diskussion!)

107. Puppel, Ernst, Erwiderung an Max Hirsch. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. Heft 4. (Betrifft die Frage der Berücksichtigung sozialer Momente.)

108. — Wiederholte Tubargravidität. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. Heft 2. (Besprechung der Momente, die für das Verhalten gegenüber der nicht graviden Tube in Betracht kommen.)

109. Purslow, Tubal gestation showing both threatened abortion and rupture. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 23. Nr. 3. (Zeigt ein Präparat, in dem die Frucht im intakten Amnion sich durch die Rissstelle der Tube durchzwängt.)

110. Robins, Charles R., Interstitielle ektopische Schwangerschaft. Transact. of the Southern Surg. and Gyn. Assoc. Vol. 24. 1912. p. 511. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 27.

111. Riefenstahl, Hans, Über extrauterine Schwangerschaft. Inaug.-Diss. Würzburg.

112. Rouffart, Hémorragie peritonéale par rupture spontanée d'une grossesse ovarienne. Ref. La Presse méd. 1914. Nr. 4.

113. Rosenstein, Tentamen abortus provocandi graviditate extrauterina. Gyn. Ges. in Breslau. 29. April. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Heft 1. (Teilt einen derartigen Fall mit.)

114. Rüder, Ausgetragene Extrauteringravidität. Ärztl. Verein Hamburg. 11. März. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 12. p. 671.

115. Sauvage et Valois, Intervention pour grossesse tubaire interrompue par torsion de la trompe. Soc. de méd., de chir. et de pharm. de l'Isère. 13 et 27 Mai. Ref. La Presse méd. Nr. 37. p. 775. (Stielgedrehte schwangere Tube. Operation. Geheilt.)

116. Schenk, Über interstitielle Gravidität. Inaug.-Diss. Jena.

117. Schmit, F., Tubargravidität mit lebendem Kind. Verein der Ärzte in Oberösterreich. 6. Febr. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 28. (Diagnose und Operation hatten

grosse Schwierigkeiten gemacht. Bei der Exstirpation des Fruchtsacks musste ein Teil der Mesenterialgefässe der Flexura sigmoidea ligiert werden. Deshalb wurde noch ein Stück der Flexur reseziert. Heilung. Frucht 46 cm lang und 2300 g schwer.)

118. Schmit. F., Ein Fall von Graviditas interstitialis. Verein der Ärzte in Oberösterreich. 6. Febr. Ref. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 28.

119. Shelton-Horsley, J., Abdominalgravidität mit lebendem Kind. Med. Record. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 20. (Angaben über den bei der Operation festgestellten oder den primären Sitz der Plazentarinsertion fehlen.) (Schottelius.)

120. Siefart, Interstitielle Gravidität. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. 10. Jan. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 33. p. 1231.

121. — Interstitielle Gravidität. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 11. (Interstitielle Gravidität mens. II. Ruptur. Die schwangere Partie der Uteruswand wird mit Tube und Ovarium entfernt. Das Lig. rot. geht lateral von dem Plazentarsitz ab. Am nächsten Tage Exitus.)

122. Singer, Hugo, Versuch einer Fruchtabtreibung bei Gegenwart einer ektopischen Schwangerschaft; zugleich Beiträge zu den violenten Rupturen der Extrauteringraviditäten. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 26. (Berichtet über drei sehr lehrreiche Fälle.)

123. Smith, Extrauterine pregnancy. Operation three months after term. Recovery Transaction of the Amer. Assoc. of Obst. and Gyn. Amer. Journ. of Obst. April. (Berichtet über einen Fall, der ein Jahr nach dem Ausbleiben der Menses zur Operation kam (Oktober 1910). Im Juli hatte Patientin wehenartige Schmerzen. Auch fand der Arzt die Cervix etwas erweitert. In der ersten Zeit der Schwangerschaft hatte sie verschiedentlich etwas geblutet. Da der Uterus vom Fruchtsack wenigstens zum Teil isoliert werden konnte und fötale Teile mit einiger Sicherheit durchgefühlt werden konnten, wurde laparotomiert. Das Kind lag in der Bauchhöhle, umhüllt von dem „Closely adherent amniotic sac.“ (Bezüglich der vermeintlichen amniotischen Umhüllung s. Werth, Handbuch der Geburtshilfe II. 2. p. 792 ff. Ref.) Der Uterus wurde mit dem Fruchtsack entfernt. Geheilt.)

124. — W. S., Extrauteringravidität. Operation drei Monate nach dem normalen Geburtstermin. Heilung. Verhandl. d. amer. Ges. von Geb. u. Gyn. 25. Jahresvers. zu Toledo (Ohio). Sept. 1912. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 36. (Letzte Menses Oktober 1910. Juli 1911 Wehen, die zu einer teilweisen Erweiterung der Cervix führten. Oktober 1911 Operation. Man findet einen grossen retrouterinen Tumor, der aus einem aus Tube, Ovarium und Plazenta aufgebauten Sack besteht. Die Frucht lag schräg in ihrem Amnionsack in der freien Bauchhöhle mit dem Kopf unter der Leber. Drainage. Heilung.)

125. Solowij, Ein weiterer Beitrag zur Beurteilung des Wertes des von mir angegebenen Frühsymptoms der Extrauteringravidität. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 46. (In einem Falle wurde die Diagnose auf Tubargravidität gestellt. Da die optische Blutprobe Abderhaldens negativ war, wurde der Fall weiter beobachtet. Am 17. Tag nach der Aufnahme fühlte man im hinteren Douglas eine teigige Resistenzvermehrung. Da bis dahin der Douglas vollständig frei gewesen war, wurde laparotomiert. Es fand sich eine Tubargravidität.)

126. Sonnenfeld, Intakte Tubargravidität trotz intrauterinen Eingriffes und wiederholter bimanueller Untersuchungen, nebst Bemerkungen zur Diagnose der Tubargravidität. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. Heft 2. (Trotz Abrasio und mehrmaliger Untersuchungen (einmal in Narkose) blieb die Tubargravidität intakt.)

127. Späth, Die Präparate zweier Tubargraviditäten. Geb. Ges. zu Hamburg. 26. Nov. 1912. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 5. p. 171.

128. Sserebrennikowa, Ein Fall von Eierstockschwangerschaft, Wratsch. Gaz. Nr. 24. Verhandl. d. XII. Pirogowschen Kongr. (H. Jentter.)

129. Ssinewitsch, Zur Diagnostik der Extrauteringravidität in der ersten Hälfte derselben. Wratsch. Gaz. Nr. 5, 6. (Das Studium von 16 klinischen Fällen berechtigt Ssinewitsch zu folgenden Schlusssätzen: Verhaltung der Menstruation und sonstige Symptome der Schwangerschaft können bei Extrauteringravidität fehlen. Dieselben können andererseits durch andere Erkrankungen des Genitals ausgelöst werden (Kystom des Eierstocks, Salpingitis). Die Blutung kann lange Zeit ausbleiben, sogar nach wiederholten Schmerzattacken und Schwindelanfällen (Verwechslung mit Appendizitis). Schock mit nachfolgender Blutung wurde in einem Falle von Salpingitis und Degeneration einer Eierstockszyste beobachtet. Den Fruchthalter neben der Gebär-

mutter können simulieren: Salpingitis, Zysten, Appendizitis, Koprostase in der Flexur. Der Pulsation des Tumors und der Pulsverlangsamung ist keine Bedeutung beizulegen.) (H. Jentter.)

130. Stewart, Robert, Appendicitis complicating extrauterine pregnancy. Brit. med. Journ. p. 1321. (Der Appendix fand sich verlötet an einem linksseitigen Hämatocelensack (Tub. Abort.). Verf. glaubt, dass es sich um eine primäre Appendizitis gehandelt hat, die auch die Prädisposition zur extrauterinen Eiimplantation gegeben haben soll.)

131. Thorn, Tubargravidität. Med. Ges. zu Magdeburg. 13. Febr. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 21. p. 1177.

132. Unterberger, Gleichzeitige Schwangerschaft beider Tuben. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Heft 3. (Veröffentlicht den 17. Fall dieser Art.)

133. Vautrin, Grossesse utérine et grossesse tubaire simultanées. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris etc. Nr. 2. (Letzte Menses Anfang Juli 1912. Am 20. Oktober Abort. mens. IV. 21. November Schmerzen im Leib, Erbrechen, Meteorismus. Fieber. 30. November unregelmässiger Tumor, der den hinteren Douglas verbuchtet und den Uterus nach rechts und oben verdrängt. In der Annahme eines malignen Ovarialkystoms Laparotomie 12. Dezember. Der nicht mazerierte Föt ist 20 cm lang und wiegt 450 g. Die Plazenta hat sich sekundär im Peritoneum implantiert.)

134. Weiss et Sencert, Un cas de grossesses intra- et extrautérine combinées. Soc. obst. et gyn. de Nancy. 16 Ju llet. Ref. La Gyn. Nr. 9.

135. — — Un cas de grossesses intra- et extrautérine combinées. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris etc. Nr. 7. (Am 13. Tage nach einem spontanen Abort mens. III (Föt 10 cm) erkrankt Patientin mit Schmerzen im Unterleib und den Zeichen der inneren Blutung. Es wird abgewartet. Nach drei Tagen bedrohliche Verschlechterung. Mittelst Kolpotomie wird eine grosse Menge Blut entleert. Drainage. Vier Wochen später gebessert entlassen.)

136. Williams, Philip F., Extrauterine pregnancy and its subsequent history: an analys s of one hundred and fortyseven cases. Amer. Journ. of Obst. June. (Besprechung von 147 Fällen. Vor der Einlieferung war bei 15 Patientinnen die Dilatation und Abrasio gemacht worden in der Annahme, dass es sich um elnen uterinen Abort handle.)

137. — Extra-uterine pregnancy and its subsequent history: analysis of 147 cases. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 67. p. 1065—1304. Ref. The Journ. of the Amer. med. Assoc. Vol. 61. Nr. 4. July.

138. Wilson, Thomas, A case of full-term intra-ligamentary gestation. Midland Obst. Soc. Apr l 8. Ref. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 23. p. 433. (Der Föt war skelettiert. Die Menstruation war regelmässig gewesen.)

139. Zinsser, Krimineller Abtreibungsversuch bei Extrauteringravidität. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 5.

140. v. Zubrzycki und Wolfsgruber, Beitrag zur Bekämpfung der Anämien durch intramuskuläre Injektionen von defibriniertem Menschenblut. Wiener klin. Wochenschrift. Nr. 3.

Gubarew beschäftigt sich mit den bisweilen enorm grossen Gefässen, welche das Enukleieren maligner Tumoren der Bauchhöhle oder der Plazenta bei Extrauteringravidität ausserordentlich gefährlich machen. Man muss sich klar sein, dass es zwei Gruppen Blutgefässe sind, die die Blutzirkulation ermöglichen: 1. sog. normale Gefässe, welche sich durch grosse Beständigkeit auszeichnen und leicht zu unterbinden sind, und 2. dank Adhäsionen neugebildete. Diese letzteren können nur aus dem Netz und den Appendices epiploici entstehen. Verf. zeigt an instruktiven Zeichnungen (Pyosalpinx, Ovarialzyste, Cystosarcoma), dass die neugebildeten Gefässe ausschliesslich an den Verklebungsstellen mit dem Netz und den Appendizes zu sehen sind. In einem Falle von achtmonatlicher Tubargravidität, mit hohem Fieber und eitriger Cystitis, erwies sich der Fruchthalter bei der Laparotomie umgeben von vergrösserten, infiltrierten Appendizes, welche teilweise in den Tumor hereingewachsen waren. Bei ihrer Durchtrennung blutete es stark. Es gelang, den Fruchthalter in toto (Inhalt jauchig — Staphylococcus albus) aus dem Becken zu lösen. Heilung. An dem Präparate ist nun deutlich zu sehen, dass der Mutterkuchen nur dort gut ent-

wickelt und reich an Gefässen ist, wo derselbe dem S Romanum und seinen Appendizes anlag, wo aber derselbe ans Mesenterium des S Romanum zu liegen kam, war er bleich, gefässlos und verkümmert. Neugebildete Gefässe sah Verf. noch in den Adhäsionen, welche gebildet werden durch das Lig. hepatis rotundum und durch die Lig. vesicoumbilicalia medium et lateralia. Die Kenntnis dieser Quellen neugebildeter Gefässe ist von grosser Bedeutung für die Beherrschung der Blutungen in der Bauchchirurgie. (H. Jentter.)

Der Arbeit Kakuschkins (68) liegen 137 Fälle zugrunde, von denen 52 operiert wurden. Alle klinischen Fälle von Extrauteringravidität sind einzuteilen in sichere, wahrscheinliche und zweifelhafte. Es liegt kein Grund vor, ein Steigen oder Fallen der Morbidität an Extrauteringravidität anzunehmen; andererseits sind die Fälle von früher Unterbrechung der Schwangerschaft ohne Zweifel häufiger geworden. Meistens wird vor der Extrauteringravidität relative Sterilität beobachtet. Äussere Wanderung des Eies, sowie Trauma spielen eine wesentliche Rolle in der Ätiologie. Noch augenscheinlicher ist die Rolle des Traumas, z. B. des Tentamen abortus provocandi in der Ätiologie der Unterbrechung der Extrauteringravidität. Verhaltung oder Unregelmässigkeit der Menstruation bildet eine beständige Erscheinung bei Extrauteringravidität. Schwindel und Blässe sind nicht immer auf Blutverlust zurückzuführen. Ein überaus wichtiges diagnostisches Hilfsmittel ist die Probepunktion. Jeder diagnostizierte Fall muss operiert werden. Die konservative Behandlung beansprucht mehr Zeit und garantiert nicht vollkommene Genesung. In der Mehrzahl der Fälle ist die vaginale Operationsmethode nur ein Palliativ. Alle Vorteile liegen auf seiten der abdominalen Methode. Nur dank ihr ist es möglich, alles Kranke zu entfernen, alles Gesunde zu erhalten. (H. Jentter.)

Orlow (101) berichtet über 48 operierte Fälle von Extrauteringravidität. Fast die Hälfte betrafen Bäuerinnen, was den Satz bestätigt, dass auch in der Landbevölkerung Extrautringravidität nicht selten ist. Es fällt auf, wie häufig die Adnexe der anderen Seite, das Beckenbauchfell und der Appendix anatomische Veränderungen aufweisen. Sechs von den 32 Patientinnen, welche bereits geboren hatten, hatten normale Adnexe und Appendix. Alle sechs nährten noch, zum Teil sehr lange. In diesen Fällen ereignete sich die Ruptur der Tube sehr früh. Verf. meint, dass die Laktationsatrophie der Tuben ein ätiologisches Moment für Extrauteringravidität abgibt. Dank ihr geht die Bewegung des Eies in der Tube langsamer vor sich. Somit wäre die Ursache der Extrauteringravidität in entzündlichen Erkrankungen der Adnexe und des Beckenbauchfells zu suchen (meist nach kompliziertem Abort oder Geburt) und in sekundären Veränderungen am Appendix. Bei normalen Adnexen ist die Ursache zu suchen in Erkrankungen des Eies selbst und in der Laktationsatrophie der Tube. Migratio externa wurde nicht beobachtet. Das Corpus luteum war niemals auf der entgegengesetzten Seite zu finden. Dem abdominalen Wege ist durchaus der Vorzug zu geben (Adhäsionen). Es ist wünschenswert, möglichst rasch zu operieren, die Bauchhöhle vom Blut zu reinigen und exakt zu peritonisieren.

(H. Jentter.)

VII.

Pathologie der Geburt.

Referent: Privatdozent Dr. Rud. Th. Jaschke.

I. Allgemeines.

1. Abramowitsch, F. W., und G. W. Schor, Ein Fall von Blutung aus gravidem Uterus in die Bauchhöhle. Russ. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 28. p. 113. (Bei 38jähriger VIIgravida unter Auftreten plötzlichen Schmerzes Auftreibung des Abdomens, Dyspnoe, fliegender Puls. Probepunktion ergibt Blut in der Bauchhöhle. Deshalb sofort Kaiserschnitt — lebensfrisches Kind. An der Hinterwand des Uterus eine feine, von Blutgerinnseln bedeckte Öffnung. Uterus wird wegen Unmöglichkeit, die Plazenta abzulösen, supravaginal amputiert. An der Stelle der Öffnung war die Uteruswand stark verdünnt, eine Vene kommunizierte mit der Öffnung. In den Gefässen wie im Fibrinnetz des die Öffnung verschliessenden Blutgerinnsels fanden sich Trophoblastzellen — also zirkumskripte, ungewöhnlich starke choriale Zellinvasion, die wohl für diese Zerreissung des Uterus wie für die Adhärenz der Plazenta verantwortlich zu machen ist.)
2. Anderson, Ch. L., Treatment of occipito-posterior cases. V. and M. Semi-month. 1912. Vol. 17. p. 455.
3. Anufrieff, A. A., Herpes zoster in der Schwangerschaft, Geburt und im Wochenbett. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Jahrg. 28. Heft 10. p. 1391. (Russisch.) Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 3. p. 496.
4. Arnold, J. O., Acute dilatation of the heart following labour. Transact. of the Obst. Soc. of Philadelphia. April 3. Amer. Journ. of Obst. Vol. 68. p. 336. (38jährige IIpara, seit der ersten Geburt vor drei Jahren kurzatmig, früher gesund. Rasche Spontangeburt. 14 Stunden später beim Aufsetzen im Bett typische Symptome einer partiellen embolischen Verlegung der Art. pulm. (plötzliche hochgradige Atemnot, Zyanose, Pulslosigkeit, blutig-schaumiger Auswurf, kalter Schweiss, Bewusstlosigkeit), so dass die Deutung des Verf. als akute Dilatation des Herzens wohl irrtümlich ist. Allmähliche Erholung, schliesslich vollkommene Heilung.)
5. Aymerich, G., Alterazioni placentari in donna cardiopatica. Ginec. Anno 10. Nr. 14. p. 429. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. p. 115. (Abortus mens. VI bei 25jähriger IIpara mit dekompensierter Mitralinsuffizienz. An der fötalen Seite der Plazenta vier haselnuss- bis taubeneigrosse, von rupturierten Choriongefässen ausgehende Hämatome. Ausserdem bestand eine mächtige Stauung im intervillösen Raum und den Zottengefässen. Andere Plazentarveränderungen fehlten. Verf. hält die Stauung im kindlichen Kreislauf für eine Folge starker Verlangsamung des mütterlichen Blutstromes.)
6. Audebert et Fournier, Accouchement spontané dans quelques cas des fibromes praevia. Rev. mens. de gyn., d'obst. et de péd. 8. Année. Nr. 5. p. 309. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 2. p. 773.
7. Ballantyne, J. W., and James Young, Fatal case of hydatiform mole. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 24. Nr. 2. p. 109. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 3. p. 290.
8. Basset, R., Über die Bedeutung des frühzeitigen Blasensprungs für Geburt und Wochenbett. Zeitschr f. Geb. u. Gyn. Bd. 73. Heft 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1164.
9. Baumgart, G., und R. Beneke, Vierjährige Amenorrhoe nach Atmokausis, ausgetragene Gravidität, Geburtsbeendigung durch Entfernung des graviden Uterus. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Heft 6. p. 635.
10. Beck, R., Multiple Sklerose. Schwangerschaft und Geburt. Inaug.-Diss. Tübingen.
11. Bogdanowitsch, M., Entbindung bei vollständiger Lähmung des Rumpfes. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 22.

12. Bondeoli, Angelo, Un caso di mielite trasversa in gravidanza. Arte ostetr. Anno 27. Nr. 22. p. 337. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. p. 33.
13. Buecheler, Geburten auf ungewöhnlichem Weg. Mittelrhein. Ges. f. Geb. u. Gyn. Sitzg. vom 28. Juni. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. p. 493. (1. Geburt eines 4750 g schweren Kindes durch das linke Labium und Perineum hindurch bei vollständig intakt bleibendem Vulvasaum. 2. 22jährige Ipara mit infantilem engem Introitus. Geburt durch das Perineum.)
14. Butement, W., Case of hydatiform degeneration of the chorion. Austral. med. Gaz. Vol. 34. Nr. 1. p. 3. (Ausräumung einer Blasenmole im sechsten Graviditätsmonat, die weit in die Uteruswand eingedrungen war. Fünf Stunden später Exitus infolge des starken Blutverlustes.)
15. Büttner, Über die Behandlung der durch Ovarialtumoren hervorgerufenen Geburtshindernisse. Rostocker Ärzteverein. Sitzg. vom 8. März. Münchn. med. Wochenschr. p. 1746.
16. Bulatnikow, Über die Momburgsche Methode. Charkowsky Med. Journ. Jan. (Die Momburgsche Methode lässt sich nur an jungen, gutgebauten Individuen anwenden, bei denen die vordere Bauchwand leicht mit der hinteren in Berührung gebracht werden kann. Bei Kindern ist sie ausgeschlossen. An Tierversuchen hat Verf. festgestellt, dass das Anlegen des Schlauches eine bedeutende Blutdrucksteigerung zur Folge hat, sowie Pulsverlangsamung und Vergrösserung der systolischen Amplitude. Bei Kompression nicht länger wie eine Stunde akkommodiert sich das Herz und der Blutdruck fällt ein wenig. Dauert die Kompression zwei Stunden und länger, so versagt das Herz, es tritt Beschleunigung des Pulses ein und Verkleinerung der Amplitude. Bisweilen wird die Atmung beschleunigt und oberflächlich, was auf einen Reizzustand des Nervensystems deutet. Die Momburgsche Methode ist schmerzhaft und in unerfahrenen Händen nicht ungefährlich.) (H. Jentter.)
17. Carini, Über einen Fall von aussergewöhnlicher Fruchtbarkeit bei einer Frau. Rassegna d' ost. e gin. Nr. 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 874. (44 Schwangerschaften vom 15. bis 47. Lebensjahre, darunter 17 ausgetragene Kinder, 27 Aborte.)
18. Commandeur, et Bertoye Grossesse et accouchement chez une tabétique. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris. 2 Année. Nr. 3. p. 222. (Bemerkenswert, dass in der Austreibungsperiode die Wehen deutlich als schmerzhaft empfunden wurden.)
19. *Cramer, H., Neue Gesichtspunkte zur Ätiologie des Hydramnion. Hydramnion infolge mangelnder Resorption des Fruchtwassers. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. p. 251.
20. Cristalli, G., Il valore della vita in ostetrica. Rassegna d'ostetr. e gin. Anno 22. Nr. 8. p. 449 u. Nr. 9/10. p. 537. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. p. 29.
21. Davis, Acute dilatation of the stomach following ventral fixation of the uterus; long labor; low forceps delivery; recovery. Transact. of the Amer. Assoc. of Obst. and Gyn. 26. Jahresversamml. zu Providence. 16.—18. Sept. Amer. Journ. of Obst. Nov. p. 866.
22. Deisenhofer, L., Einige Fälle von Beckenverletzungen. Inaug.-Diss. München.
23. Doléris, J. A., Schwere Geburt durch eine im Douglas zurückgelassene Kompresse. Gyn. 1912. Aug. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 81.
24. Drews, H., Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett bei ausgedehnter halbseitiger Teleangiektasie und Varizenbildung mit lymphangiektatischer Elephantiasis. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 17. (Titel sagt alles; merkwürdig die unerklärte streng halbseitige Lokalisation.)
25. *Eckstein, E., Über das Verhältnis der modernen klinischen Geburtshilfe zur geburtshilflichen Praxis. Samml. klin. Vorträge. Nr. 676. p. 601.
26. Eisenbach, M., Über Herzerkrankung und Schwangerschaft. Hegars Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. 19. p. 39.
27. Euzière, J., et F. Bonnet, L'hémorrhagie méningée chez la parturiente. Gaz. des hôp. Nr. 117. p. 1821. (20jährige Ipara, abgesehen von zweimaligem Ikterus immer gesund. Bei der Geburt viel Erbrechen, Übelkeit, leichte Benommenheit. Post partum Auftreten starker Kopfschmerzen, zwei Tage später Fieber, Nackensteifigkeit. Lumbalpunktion ergibt hohen Druck und blutigen Liquor; vorübergehende Worttaubheit; schliesslich Heilung. Verf. nehmen danach an, dass die während der Wehen auftretende Blutdrucksteigerung zur Blutung geführt hat, vielleicht auch eine gewisse Schwangerschaftstoxämie bestand, die für die Herabsetzung der Widerstandsfähigkeit der Gefässe anzuschuldigen wäre.)

28. Faugère, Erscheinungen von Schock nach Entbindungen. Rev. prat. d'obst. et de péd. 13 Avril. Nr. 287. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1768.
29. Ferguson, J. H., Unusual case of hydatiform mole, dealt by abdominal hysterectomy. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 24. Nr. 2. p. 98. (49jährige IVpara, die im dritten Schwangerschaftsmonat zu bluten anfing und innerhalb von drei Wochen so ausgeblutet war, dass der dem sechsten Graviditätsmonat an Grösse entsprechende Uterus supravaginal amputiert werden musste, da man der Patientin den Blutverlust einer Ausräumung nicht zumuten konnte. Eine Destruktion der Uteruswand war nirgends nachweisbar. Heilung.)
30. Ferré, Spina bifida et puerpéralité. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris. 2. Année. Nr. 3. p. 316. (33jährige Frau mit Spina bifida in der Lumbalgegend hat viermal im dritten Monat, einmal im sechsten Monat abortiert, zum Schluss eine Frühgeburt im achten Monat mit lebendem Kind. Keine Lues.)
31. Fieux, G., Histoire lamentable d'une délivrance. forcée Rev. prat. d'obst. et de gyn. Tome 21. p. 15. (Nach einer Entbindung per forcipem wollte der „eilige" Arzt die Plazenta entfernen, wozu er — trotz Abratens der Hebamme!! — an der Nabelschnur aus Leibeskräften zog und gleichzeitig mit der anderen Hand möglichst fest auf den Fundus drückte. Totale Uterusinversion, Kollaps, partielle Reinversion. Exitus. Die Adnexe waren abgerissen.)
32. — Dasselbe. Journ. de Méd. de Paris. Jahrg. 33. Nr. 15.
33. *Freund, H. W., Gynäkologische Streitfragen. Herzfehler und Schwangerschaft. Stuttgart, F. Enke. 1913.
34. Fromme, Die Beziehungen der Erkrankungen des Herzens zu Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Referat auf der 15. Vers. der Deutsch. Ges. f. Gyn. Halle a. S. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 2. p. 171.
35. Giesler, Psychose und Geburt. 90. Vers. des psychiatr. Vereins der Rheinprovinz. Bonn, 21. Juni. Deutsche med. Wochenschr. p. 2483. (Zusammenstellung von 50 Fällen. Unter 10 Fällen von Melancholie kamen zwei bald nach der Entbindung zur Genesung. In allen übrigen Fällen war ein Einfluss der Entbindung auf den Verlauf der Psychose nicht zu konstatieren.)
36. Gilles, R., Grossesse et accouchement chez une femme atteinte de spina bifida. Soc. d'obst. et de gyn. de Toulouse. Mai. Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. 2. Année. Nr. 5. p. 520. (Patientin, die schon mit einer Myelocystocele zur Welt kam. Mit 13 Jahren Operation derselben, mit 18 Jahren Eintritt der ersten Schwangerschaft; in derselben viel Erbrechen, heftige Krisen. Im achten Monat spontaner Eintritt der Frühgeburt, die im letzten Stadium per forcipem beendigt wurde.)
37. *Gjestland, G., Store blódninger ved fódsel. Hoor start blodtap taaler et Menneske? (Grosse Blutungen bei der Geburt. Wie grosse Blutverluste kann der Mensch vertragen?) Norsk Magazin for Laegevidenskaben. Nr. 5. p. 593. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 3. p. 133.
38. Gummert, Diskussion zu Schröder (Nr. 92). Niederrhein.-westf. Ges. f. Geb. u. Gyn. 3. Dez. 1911. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Ergänzungsh. p. 351.
39. *Haller, O. v., Geburten bei jugendlichen Erstgebärenden. Inaug.-Diss. München. Zentralbl. 1824.
40. *Hapke, Fr., Zur Frage des verspäteten Blasensprungs. Inaug.-Diss. Freiburg i. Br. Zentralbl. 1634.
41. Harrar, James A., When is the high forceps operation justifiable? Amer. Journ. of Obst. Vol. 67. p. 217.
42. — Massive infraperitoneal haematoma of the pelvis. Report of three cases following parturition. Bull. of the Lying-in Hospital of New York. Vol. 9. June. p. 125. (Drei Fälle, von denen einer nach Spontangeburt, zwei nach Forzeps auftraten; die in allen Fällen extraperitoneal entwickelten Hämatome waren so gross, dass schwere Anämie eintrat, eine Frau sogar daran zugrunde ging. Die Grösse und das rasche Anwachsen der Hämatome machte die Spaltung, Ausräumung und Tamponade notwendig. Unter 23 000 Fällen stellte sich die Häufigkeit dieser Hämatome auf 1 : 1100. 62% davon betrafen Erstgebärende.)
43. Hartung, Erich, Fall von Dementia paralytica und Geburt. Deutsche med. Wochenschrift. Nr. 2. p. 72.
44. Helle, H., Die Verteilung der operativen Entbindungen nach Alter und Zahl der vorausgegangenen Geburten. Inaug.-Diss. München 1912. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1764.

45. Heller, A short note on the treatment of retained membranes. North of England Obst. and Gyn. Soc. April 18. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 23. Nr. 6. p. 431. (Heller hält die Entfernung der zurückgebliebenen Eihäute für notwendig und empfiehlt dafür ein Abwischen der Eihäute von der Uteruswand mittelst gestielter Tupfer.)
46. Hirst, J. C., Cases of hydatid mole. Transact. of the Obst. Soc. of Philadelphia. April 3. Amer. Journ. of Obst. Vol. 68. p. 333. (Sieben Fälle, darunter fünf bei Igra v. In allen Fällen gesteigertes Erbrechen, viermal ausgesprochene Hyperemesis. Eine Patientin bekam kurz nach der Ausräumung eine akute gelbe Leberatrophie, an der sie zugrunde ging.)
47. Hoeven, G. C. T. v. d., Über die Bedeutung des frühzeitigen Blasensprunges für Geburt und Wochenbett. Erwiderung an Basset. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 74.
48. Hübner, Diskussion zu Giesler (Nr. 31). 90. Vers. des psychiatr. Vereins der Rheinprovinz. Bonn, 21. Juni. Deutsche med. Wochenschr. p. 2483.
49. *Ilyin, Th., Die Luftembolie in der Geburtshilfe. Arch. f. Gyn. Bd. 101. p. 273.
50. Jardine, Rob., The management of difficult labour. Glasgow med. Journ. Vol. 79. p. 135. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 1. p. 199. (Übersichtsvortrag.)
51. Jaschke, Rud. Th., Diskussion zu Schröder (Nr. 92). Niederrhein.-westf. Ges. f. Geb. u. Gyn. 3. Dez. 1911. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Ergänzungsh. p. 352.
52. — Diskussion zu Zangemeister (Nr. 114). Verhandl. d. 15. Vers. der Deutsch. Ges. f. Gyn. Halle a. S. p. 306.
53. — Nierenerkrankungen in der Schwangerschaft herzkranker Frauen. Ebenda. p. 44.
54. — Die prognostische Bedeutung von Erkrankungen der Nieren in der Schwangerschaft besonders herzkranker Frauen. Arch. f. Gyn. Bd. 101. p. 346.
55. Jones, W. Clinton, Etiology, pathology and treatment of ovarian cysts in relation to childbearing, with special reference to hemorrhage into the cysts. Surg., Gyn. and Obst. p. 63. (Erschöpfende Übersicht über die englisch-amerikanische Literatur.)
56. *Kiesin, H., Todesfälle und Herzerkrankungen unter der Geburt. Wiener klin. Rundschau. Nr. 32—34. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1768.
57. Kirchberg, Paul, Psychische Störungen während der Geburt. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankheiten. Bd. 52. Heft 3. p. 1153.
58. Konrád, Jenö, A vérzések kerelése a tezhesség, a szülés és a gyermekágy alatt. Budapesti Orvosi Ujság. Nr. 43. (Vortrag im Fortbildungskurs über die üblichen therapeutischen Methoden bei Blutungen in der Schwangerschaft, während der Geburt und im Wochenbette.) (Temesváry.)
59. Kosoresow, Symphysenruptur während der Geburt. Verhandl. des Ärztevereins zu Rostow am Don und Nachitschewan. (H. Jentter.)
60. Kosmak, George W., Fetal overgrowth and its significance in labour. New York State Journ. of Med. Vol. 13. p. 128. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 1. p. 438.
61. *Kremer, G. M., Über alte Erstgebärende. Inaug.-Diss. Bonn 1912. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1823.
62. Kuschnir, Ein Fall von schwerer Geburt, kompliziert mit subkutanem Emphysem. Wratsch. Gaz. Nr. 17. (H. Jentter.)
63. Kusmin, P. L., Beckenausgangstumoren als Geburtshindernis. Med. Rundschau. Nr. 4. p. 343. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 1. p. 695.
63a. — Geschwülste des Beckenausgangs, als Geburtshindernis. Med. Obosren. Nr. 4. (Im ersten Falle handelte es sich um Karzinom des Beckenbindegewebes, welches zwischen Scheide und Mastdarm sass. Der zweite Fall betraf ein submuköses Fibromyom der hinteren Muttermundslippe.) (H. Jentter.)
64. — Über Tumoren des Beckenausganges als Geburtshindernis. Med. Obosr. Nr. 4. Beschreibung zweier Fälle.) (H. Jentter.)
65. Langes, Erwin, Intraperitoneale Verblutung intra partum infolge von Venenruptur des Uterus. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 15. p. 537.
66. Lewin, A., Die Bedeutung der Myome während der Gravidität und Geburt. Inaug.-Diss. Berlin.
67. Ludwig, F., Ileus bei Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 75. Heft 2. p. 324.
68. Lynch, Frank W., Fibroid tumors complicating pregnancy and labor. Amer. Journ. of Obst. Vol. 68. Nr. 3. p. 429. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 3. p. 239.

69. Martin, Christoph, Diskussion zu Wilson (Nr. 113). Midland Obst. and Gyn. Soc. at Birmingham on Jan. 17. Lancet 184. p. 320.
70. *Mayer, Aug., Die Bedeutung des Infantilismus in Geburtshilfe und Gynäkologie. Verhandl. der 15. Vers. der Deutsch. Ges. f. Gyn. Halle a. S. p. 265.
71. Michaelis, Austritt eines Ovarialkystoms aus dem After unter der Geburt. Unterelsäss. Ärzteverein Strassburg. 29. Nov. Deutsche med. Wochenschr. 1914. Nr. 7. p. 366.
72. Montanelli, Rottura spontanea del bulbo dell aorta in gravidanza al VII. mese. Rendiconti di soc. tosc. di ost. e gin. Vol. 1. p. 34. 1912. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. p. 212.
73. Neugebauer, F. v., Über eine Geburt fünf Jahre nach vorausgegangener Piccoli-Operation wegen puerperaler Uterusinversion. Zugleich eine Frage an die Herren Fachgenossen. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 15. p. 529. (Wegen totaler Inversion war vor fünf Jahren die Piccoli-Operation (Hysterotomia vaginalis posterior totalis) ausgeführt worden. Jetzt glatte Spontangeburt. Auffallend war das Vorhandensein einer Placenta bipartita, das Verf. mit der Operationsnarbe in Zusammenhang bringt, da in dem Narbengewebe die Zotten offenbar nicht vordringen können. Vielleicht würde man auch nach Kaiserschnitt, falls die Plazenta sich über der Narbe entwickelt, öfters ähnliches beobachten können. Die Uterusinversion und -Atonie hält Verf. gleich Mansfeld für eine Folge von Hyperplasie des Adrenalsystems.)
74. — Kasuistischer Beitrag zur Frage der ungewöhnlichen Fruchtbarkeit des Weibes. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 29.
75. Norris, R. C., Ovarian neoplasms complicating pregnancy and labour. Amer. Journ. of Obst. Vol. 68. Nr. 3. p. 420.
76. Opitz, E., Diskussion zu Schröder (Nr. 92). Niederrhein.-westf. Ges. f. Geb. u. Gyn. 3. Dez. 1911. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Ergänzungsh. p. 351.
77. Peterson, Reuben, The indications for abdominal caesarean section. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 17. p. 198.
78. — Dasselbe. Physician and Surg. Vol. 35. Nr. 3. p. 109. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 3. p. 182.
79. *Puech, P., und J. Vanverts, Tumeurs de l'ovaire et grossesse. Revue franç. de méd. et de chir. 10. Année. Nr. 16. p. 243.
80. Purslow, Diskussion zu Wilson (Nr. 113). Midland Obst. and Gyn. Soc. at Birmingham on Jan. 17. Lancet 184. p. 320.
81. Reichel, M., Die Geburt bei alten Erstgebärenden. Inaug.-Diss. Breslau 1912. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. p. 95.
82. Reifferscheid, Diskussion zu Schröder (Nr. 92). Niederrhein.-westf. Ges. f. Geb. u. Gyn. 3. Dez. 1911. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Ergänzungsh. p. 353.
83. Riccacasa, Tod einer Parturiens infolge Ruptur von Ösophagusvarizen. Arch. di Ost. e Gin. Vol. 3. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1339.
84. Ries-Finley, Anna, Uterine dystocia, secondary to mitral stenosis. Northwest Med. Vol. 5. Nr. 7. p. 196. (24jährige IVpara mit offenbar lang bestehender, etwas dekompensierter Mitralstenose. Nach zweitägiger, erschöpfender Geburtsarbeit Forzeps. Atonische Blutung, Plazentarlösung, wieder Blutung, die erst allmählich steht. Grosser Blutverlust. Dauernde Arbeitsunfähigkeit. Bezüglich der allgemeinen Bewertung der Herzfehler ungefähr der auf dem Gynäkologenkongress eingenommene Standpunkt.)
85. Rosenthal, L. B., Patent ductus arteriosus: report of a case complicated by pregnancy. Amer. Journ. of Obst. Vol. 68. p. 252. (Ausführliche, durch Orthodiagramm, Elektrogramme, Arterien- und Venenpulskurven illustrierte Schilderung eines solchen Falles bei einer 20jährigen Erstgebärenden. Die Schwangerschaft verlief ohne Beschwerden, am Ende derselben wurde der Kaiserschnitt gemacht, um eine Überlastung des Herzens durch die Geburtsarbeit zu umgehen. Glatter Verlauf.)
86. *Rudaux, P., De la mort subite pendant l'accouchement. Chir. (Paris.) 8 p. 82. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 1. p. 200.
87. Rüder, Sectio caesarea bei Sarkomkachexie. Geb. Ges. zu Hamburg. 15. April. Zentralbl. f. Gyn. p. 1069.
88. Saenger, H., Über plötzliche, klinisch rätselhafte Todesursachen während oder kurz nach der Geburt. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 24. (10 Minuten nach glatter Spontangeburt einer IIIpara Erbrechen, Ohnmacht, zunehmende Zyanose, rascher Exitus. Todesursache Pankreasnekrose.)

89. Samgin, B. N., Zur Frage der Schwangerschaft und Geburtskomplikation durch Ovarialkystom mit Beschreibung eines Falles von Ruptura spontanea cystomatis ovarii sub partu. Med. Rundschau. Bd. 4. p. 324. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 1. p. 695.
90. *Samuels, A., Herzerkrankungen während der Schwangerschaft und Geburt. Maryland med. Journ. April 1912. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. p. 338.
91. Santino, Valleriani, Casistica di patologia ostetrica, note ed osservazioni pratiche. Arte ostetric. Vol. 27. p. 17 e 33. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 1. p. 337.
92. Schröder, H., Die Späterfolge geburtshilflichen Handelns. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. p. 129.
92a. — Dasselbe. Niederrhein.-westf. Ges. f. Geb. u. Gyn. 3. Dez. 1911.
93. Sellheim, H., Aggregatzustand, Elastizität und Festigkeit des Bauches. Hegars Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. 18. p. 108.
94. Slawin, Spätgeburt mit verjauchtem Fötus. Wratsch. Gaz. Nr. 48. (H. Jentter.)
95. De Snoo, Puerperaler Uterus mit Cervixkarzinom. Ned. Ver. Ned. Tijds. v. Verl. en Gyn. 22. März. (Entfernt in der 34. Schwangerschaftswoche nach Sectio caesarea bei einer 35 jährigen Vpara. Lebendes Kind. Nach einem halben Jahre Drüsenmetastasen; Exitus. In der Diskussion fragt Mendes de Leon in bezug auf den ersten Fall, ob die Blutung durante partu nicht aus einer Placenta preavia statt aus einem Karzinom gekommen sei, und ob es also nicht besser gewesen wäre, die Geburt per vias naturalis abzuwarten und später total zu exstirpieren. De Snoo meint jedoch, dass es zu gefährlich gewesen sei, das Ostium zu dehnen mit Rücksicht auf Reissen des Karzinomgewebes und heftige Blutung. Bei der Sectio caesarea zeigte es sich übrigens, dass es keine Praevia war.) (Mendes de Leon.)
96. Souttar, H. S., Calcified ovarian fibroma obstructing labour. Proc. of the Royal Soc. of Med. Vol. 6. Nr. 9. Obst. and Gyn. Sect. p. 335. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 3. p. 498.
97. Ssamgin, Zur Komplikation von Schwangerschaft und Geburt mit Kystom des Eierstocks. Ein Fall von Ruptur einer Ovarialzyste in der Geburt. Wratsch. Gaz. Nr. 12. Sitzungsber. der Ges. russ. Ärzte zu Moskau. (Die 24 jährige Patientin lehnte die ihr im vierten Monat der Schwangerschaft vorgeschlagene Operation ab. Wegen bedeutender Beckenenge wird sub partu der Kaiserschnitt vorgenommen. Während den Vorbereitungen zur Operation tritt Kollaps ein, der Tumor verschwindet: Ruptur der Zyste. In der Bauchhöhle Inhalt der geplatzten Zyste. Sectio nach Fritsch. Kind 3200 g. Genesung. Die Ursache der Ruptur sieht Verf. in den Drangwehen. Die Symptome gleichen häufig denen bei Uterusruptur. Die Ruptur ist häufig die Folge einer Stieldrehung oder einer Vereiterung der Zystenwand. Wird nicht operiert, so tritt gewöhnlich Peritonitis oder langwierige Eiterung ein. In jedem Falle von Ruptur einer Zyste ist die Operation indiziert. Die vaginale Ovariotomie stellt ein geringeres Trauma vor, scheint aber die kindliche Sterblichkeit zu erhöhen. Nur kleine Zysten ohne Adhäsionen können vaginal operiert werden. Die Diagnose einer Ovarialzyste bietet besonders am Anfang der Schwangerschaft Schwierigkeiten.) (H. Jentter.)
98. Stephan, S., Intraperitonealer Verblutungstod sub partu aus einem Varixknoten an der Uteruskante. Gyn. Rundschau. Nr. 18. (Da differentialdiagnostisch auch vorzeitige Lösung der normalsitzenden Plazenta ohne äussere Blutung in Betracht gezogen wurde, zuerst rascheste Entleerung des Uterus durch Hysterotomia ant., dann sofort Laparotomie, wobei die übrigens kaum noch blutenden Varixknoten entdeckt wurden. Exitus an der Anämie, mit der die Frau eingeliefert wurde.)
99. Sturrock, W. D., Gastric haemorrhage and other complications in a case of childbirth. Brit. med. Journ. Nr. 2817. p. 218. (43 jährige Ipara, Zangengeburt in Chloroformnarkose. Während derselben Erbrechen von $^1/_2$ l Blut, das schon einige Stunden alt schien. Im übrigen ganz unklarer Fall. Näheres Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 1. p. 243.)
100. *Seitz, L., Die Störungen der inneren Sekretion in ihren Beziehungen zu Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. 15. Versamml. d. Deutsch. Ges. f. Gyn. Halle a. S. 14.—17. Mai.
101. Traugott, M., und M. Goldstrom, Über die bakteriologische Untersuchung des Vaginalsekretes Kreissender und seine prognostische Bedeutung für den Verlauf des Wochenbetts. Zentralbl. f. Gyn. p. 225. (Für die Prognose des Wochenbettes erwies es sich als ganz gleichgültig, ob Streptokokken im vaginalen Sekret ante partum vorhanden waren oder nicht.)

102. Trillat et Croizier, Phénomènes syncopaux graves, de cause indéterminée, survenant dans le post partum. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris. 2. Année. Nr. 5. p. 493. (Nach glatter Zwillingsgeburt plötzlich Schwindel, Zyanose, Erbrechen, Dyspnoe und hochgradige Exzitation, ohne den geringsten Anhaltspunkt für irgend eine Blutung oder ähnliches. Unter Sauerstoffinhalationen langsame Beruhigung und Erholung.)
103. Vallois, Dystocie par fibrome praevia; opération césarienne et hysterectomie totale (présentation de pièce). Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris. 2. Année. Nr. 4. p. 370. (Kleines, am Beckenboden unbewegliches Myom, daher der obige Eingriff. Glatte Heilung.)
104. *Vogt, F., Die geburtshilfliche Bedeutung des Status hypoplasticus. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 28. p. 1361.
105. Voigt, J., Abwartende Geburtsleitung. Therap. Monatsh. Juni. p. 474. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1212.
106. *Voogd, A., Über den Einfluss des Alters auf die Dauer der Geburt bei Primiparen. Diss. Groningen. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1892.
107. Waasbergen, G. H. van, De pathologie van de baring. Nederl. Maanischr. voor verlosk. en vrouwenz. Jahrg. 2. Nr. 6. p. 385. (Jahresübersicht über 1912.)
108. Wallich et Abram, Les modifications du sang dans les anémies par hémorrhagie obstétricale. VII Congr. de Gyn., d'obst. et de péd. Lille, 25 Mars. La Gyn. 17. Année. Nr. 5. p. 301. (Es wird die Frage aufgeworfen, bei welchen Graden von Blutveränderungen ein Eingreifen notwendig ist. 1. Grad: Poikilozytose und Polychromatie. 2. Grad: stärkere Veränderungen der roten Blutkörperchen. 3. Grad: Auftreten kernhaltiger Erythrozyten. Weitere Angaben fehlen in dem Bericht.)
109. Walz, Zerreissung einer mit Kaiserschnittsnarbe verwachsenen Darmschlinge intra partum. Ärztl. Verein in Stuttgart, 10. Okt. 1912. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 1. p. 45.
110. *Webster, J. Cl., The conduct of pregnancy and labour in acute and chronic affections of the heart. Transact. of the Amer. Gyn. Soc. 38. Ann. Meeting. Washington. May 6—8. Amer. Journ. of Obst. Vol. 68. Nr. 2. p. 315.
111. *— The conduct of pregnancy and labour in acute and chronic affections of the heart. Surgical operations in acute and chronic affections of the heart. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 17. p. 294.
112. Wehner, Ph., Tod der Mutter in der kgl. Universitäts-Frauenklinik zu München vom 1. Januar 1897 bis 31. Dezember 1911. Inaug.-Diss. München.
113. Wilson, Treatment of obstructed labour. Midland Obst. and Gyn. Soc. at Birmingham on Jan. 17. Lancet. 184. p. 320. (Nichts Neues.)
114. Zangemeister, Die Beziehungen der Erkrankungen der Harnorgane zur Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Gyn. Kongress.

Cramer (19) bringt neue Gesichtspunkte zur Ätiologie des Hydramnion. Eine nennenswerte Harnabsonderung des Fötus in die Amnionhöhle wird für normale Verhältnisse abgelehnt. Das vom Fötus in reichlichem Mass verschluckte Fruchtwasser geht vielmehr durch die Darmwand in den fötalen und von da in den mütterlichen Kreislauf über. Auf diese Weise wird die Fruchtwassermenge reguliert. Wenn aber dieser Vorgang der Regulierung der Fruchtwassermenge durch Verschlucken und Resorption seitens des Fötus gestört ist, dann entsteht ein Hydramnion. Diese Genese wird von Cramer insbesondere für die Fälle von gleichzeitiger Wolfsrachenbildung, Ösophagus- oder Duodenalverschluss, Anencephalie, lusgedehnte Rachischisis und ähnliches behauptet. In all diesen Fällen ist der Schluckreflex irgendwie gestört bzw. das Verschlucken überhaupt mechanisch unmöglich gemacht. Damit fällt der Regulator für die Fruchtwassermenge weg, es kommt zur übermässigen Ansammlung von Fruchtwasser. Einen sicheren Beweis für die Richtigkeit dieser Ansicht erblickt Verfasser wenigstens in einem selbstbeobachteten Falle: Hydramnios, das Kind kam nach wenigen Atemzügen zum Exitus. Im Darminhalt fehlten völlig Lanugohärchen, Epidermisschuppen, Bestandteile der Vernix caseosa — kurz normale Bestandteile des Fruchtwassers, die in jedem fötalen Darmtrakt sich finden müssen, bei dem der Schluckmechanismus in Ordnung ist. In dem vorliegenden Falle war das

Schlucken deshalb unmöglich, weil der zurückliegende Unterkiefer fest an die hintere Rachenwand angepresst war.

Eckstein (25) erörtert ausführlich das Verhältnis der klinischen und ausserklinischen Geburtshilfe. Trotzdem sich ein klinischer Komfort höchstens in 10% der Fälle der Privatpraxis durchführen lässt, ist das Gesamtresultat eigentlich besser, als sich erwarten lässt, sowohl was Mortalität wie Morbidität anlangt. Trotzdem lässt sich natürlich nicht leugnen, dass die Resultate noch viel besser sein könnten, wenn vor allem der Noninfektion seitens der Ärzte mehr Aufmerksamkeit geschenkt würde. Verfasser macht nun neue Vorschläge, die geeignet sein sollen, eine Besserung herbeizuführen. 1. Sollte von jeder Geburt gleich im Beginn einem „staatlichen Aufsichtsarzt" Meldung erstattet werden. Ebenso sollte diesem über den Verlauf jeder Geburt eine Meldung gemacht werden müssen. 2. Eine weitere Besserung wäre durch Errichtung besonderer „Beratungsstellen für Schwangere" zu erzielen. Dieselben hätten die Aufgabe, unentgeltlich bei jeder sie aufsuchenden Graviden eine genaue Becken- und allgemeine Körperuntersuchung, insbesondere Herz-, Lungen-, Nierenuntersuchung vorzunehmen und diese Daten bei Beginn der Geburt dem geburtsleitenden Arzt zur Verfügung zu stellen. — Für die Geburts- und Wochenbettshygiene im einzelnen werden folgende Vorschläge gemacht: Die Gebärende soll nur mit abgekochtem Wasser abgespült werden, desinfizierende Spülungen (ebenso die Jodtinkturpinselung der Vulva) werden verworfen. Nach Geburten verlangt Eckstein 9—14 Tage, nach Fehlgeburten 6—8 Tage Bettruhe. Regelmässig soll durch 3—9 Tage Secale per os gegeben werden. Fleischnahrung wäre erst nach dem Aufstehen zu erlauben, der Dämmerschlaf wird bei Hausgeburten ebenfalls verworfen. — Schliesslich gibt Verfasser noch Richtlinien für die Behandlung des engen Beckens: Wo die künstliche Frühgeburt Chancen bietet, wird diese angeraten, bei stärkeren Verengerungen Abort oder Porro am Ende der Gravidität.

Gjestland (37) erörtert an dem grossen Materiale der Frauenklinik zu Kristiania die Frage der Bedeutung grosser Blutverluste bei der Geburt. Unter 20 628 Geburten wurde 81 mal ein Blutverlust von mehr als 2000 g beobachtet (28 mal bei Erstgebärenden, 53 mal bei Mehrgebärenden; letztere scheinen also zweifellos mehr dazu disponiert). Grosse Blutungen kommen vor allem bei Zwillingsgeburten und nach operativen Eingriffen vor. In den Jahren 1906 bis 1911 bei streng konservativer Behandlung der Nachgeburtsperiode waren übrigens grosse Blutverluste viel seltener als früher (1,9‰ gegenüber 4,4‰ der Jahre 1891—1906). Secalepräparate sind nach Verfasser zu entbehren. Im einzelnen verteilten sich die Blutungen auf folgende Gruppen: I. Blutverluste von 2000 bis 2500 g — 67 Fälle = 3,23‰; II. 2500—3000 g — 12 Fälle = 0,38‰; III. über 3000 g — 2 Fälle = 0,09‰. Ausserdem 5 tödliche Blutungen, bei denen die Grösse des Blutverlustes nicht bestimmt werden konnte. Das wichtigste Ergebnis der Zusammenstellung ist die erneute Feststellung der Tatsache, dass die Widerstandsfähigkeit gegen Blutverluste ausserordentlich verschieden ist. Blutverluste von 1500 g können schon sehr bedrohlich werden, andererseits sind beide Frauen, die über 3000 g Blut verloren hatten, bereits nach 2 und 4 Wochen entlassungsfähig geworden. Im allgemeinen dürfte wohl ein Blutverlust von 3000 g das Höchstmass dessen sein, was eine Gebärende vertragen kann.

Geburten bei jugendlichen, unter 17 Jahre alten Erstgebärenden behandelt eine sorgfältige Dissertation der Münchner Klinik. O. v. Haller (39) teilt 491 Fälle dieser Art, die unter einer Gesamtzahl von 33500 Geburten sich fanden, in mehrere Gruppen, die die allgemeine körperliche Entwickelung, das Becken, die Weichteilverhältnisse, Wehentätigkeit, Kindeslage, Geburtsdauer, Kunsthilfe, Verletzungen, Nachgeburtsperiode, Eklampsie, Mortalität u. a. berücksichtigen. Die wichtigsten Ergebnisse der Arbeit sind folgende: Die all-

gemeine körperliche Entwickelung der jugendlichen Erstgebärenden, speziell die Entwickelung der Brüste ist eine gute. Unter den Becken finden sich nicht ganz ausgebildete, daher relativ oft juveniles enges Becken. Die Enge der Weichteile wird durch die grosse Elastizität und Dehnbarkeit des jugendlichen Gewebes ausgeglichen. Vorzeitige Unterbrechung der Schwangerschaft scheint bei jugendlichen Erstgebärenden häufiger zu sein als bei älteren. Die Wehentätigkeit erwies sich nicht als schlechter. Die Geburtsdauer, speziell die Eröffnungsperiode ist verlängert, um so stärker, je jugendlicher die Gebärende ist. Die Disposition zu Eklampsie scheint grösser zu sein; die Mortalität der Mütter dabei aber relativ gering. — Die Kinder jugendlicher Erstgebärender sind kleiner als die älterer.

Der Geburtsverlauf bei alten Erstgebärenden wird von Kremer (61) behandelt. Verfasser stützt sich dabei auf 389 Erstgebärende von über 30 Jahren unter einer Gesamtzahl von 11 793 Geburten der Bonner Klinik. — Neben später Kohabitation ist vielfach auch eine späte Konzeption zu konstatieren. Enges Becken ist bei alten Erstgebärenden häufiger als sonst; die Schwangerschaftsbeschwerden gewöhnlich stärker als bei jüngeren Frauen, Schwangerschaftstoxikosen jeder Art kommen bei ihnen viel häufiger vor. Die Geburt ist in allen drei Phasen verlängert. Wehenschwäche, Rigidität der Weichteile haben daran ihren Anteil, häufig ist auch der vorzeitige Blasensprung. Weichteilverletzungen sind häufiger und ausgedehnter, Weichteilschwierigkeiten steigern die Operationsfrequenz beträchtlich. Abnorme Lage und Haltung des Kindes wurde ebenfalls öfter als bei jüngeren Frauen beobachtet. In den vierziger Jahren tritt ein Mädchenüberschuss auf, vorher besteht ein Knabenüberschuss. — In der Nachgeburtsperiode sind besonders atonische Blutungen, Abnormitäten der Plazentarhaftung häufiger, daher auch manuelle Lösungen öfter erforderlich. — Aus all diesen Beobachtungen erklärt sich auch leicht die Tatsache, dass alte Erstgebärende gegenüber dem Durchschnitt eine etwas erhöhte Morbidität und Mortalität zeigen.

Zu ganz gleichen Ergebnissen bezüglich der Geburtsdauer kommt auch Voogd (106), der ausserdem noch feststellt, dass bei Erstgebärenden über 35 Jahren durch die Rigidität der Weichteile besonders die Austreibungsperiode auffallend länger wird.

Bei 17 Fällen verspäteten Blasensprungs stellte Hapke (40) eine Verlängerung der Eröffnungsperiode, abnorme Schmerzhaftigkeit der Wehen, relativ häufig Blutungen infloge vorzeitiger Ablösung der Plazenta fest. Diese Ablösungen sind allerdings meist gering, so dass die Mütter nicht gefährdet werden; wohl aber gehen die Kinder leicht asphyktisch zugrunde, wenn nicht zeitgerecht eingegriffen wird.

Das Thema Herzfehler und Geburt bzw. Geburtshilfe ist im Berichtsjahre ja ausführlich auf der 15. Versammlung der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie erörtert worden. Da das wichtigste Ergebnis dieser Verhandlungen allgemein bekannt sein dürfte, seien hier nur einige Arbeiten erwähnt, die unabhängig davon erschienen sind und überdies zu wesentlich anderen Ergebnissen kommen. H. W. Freund (33) wendet sich besonders scharf gegen die Ergebnisse des Kongressreferates von Fromme, sowie gegen die Arbeiten von Fellner-Schauta und Jaschke. 52 eigene, innerhalb 20 Jahren beobachtete Fälle lassen ihn die Komplikation Herzfehler und Schwangerschaft als eine sehr ernste bezeichnen. (Die Beweisführung Freunds ist freilich sehr angreifbar, wie noch an anderer Stelle zu erörtern sein wird. — Ref.)

Auch Kiesin (56), der über 148 Fälle der Baseler Frauenklinik (unter einer Gesamt-Geburtenzahl von 17 755), berichtet, hält die Komplikation für wesentlich ernster, als nach dem Ergebnis der Kongressverhandlungen anzunehmen wäre. Allerdings war auch bei Kiesin nur in 7% der Fälle der Herzfehler Todesursache unter der Geburt, bei weiteren 14% von Todesfällen wurde ein Herzfehler als ungünstige Komplikation betroffen. Das Gesamtverhältniss der Herzkranken hält Kiesin für wesentlich höher, da er annimmt, dass leichtere

Fälle übersehen werden. Prognostisch am ungünstigsten sind die mit Lungen- oder Nierenkrankheiten komplizierten Fälle. — Therapeutisch vertritt Kiesin (v. Herff) den Standpunkt: nach Versagen der internen Behandlung bei allen dekompensierten Fällen Schwangerschaftsunterbrechung. Noch wichtiger ist allerdings die Prophylaxe: Verhütung der Gravidität durch antikonzeptionelle Mittel oder Sterilisierung.

Auch Webster (110, 111) hält die Komplikation für eine ziemlich ernste. Trotzdem empfiehlt Webster bei akuten Herzerkrankungen nicht eine sofortige Unterbrechung der Gravidität, sondern erst eine medikamentöse Behandlung. Sobald die Herzerscheinungen gebessert sind, ist aber auf jeden Fall der Uterus zu entleeren. — Bei chronischen Herzerkrankungen, also Herzfehlern in erster Linie, ist das Hauptgewicht auf die Verhütung der Schwangerschaft zu legen; ist eine solche trotzdem eingetreten, dann soll ganz allgemein die Schwangerschaft unterbrochen werden, da sie nur in Ausnahmefällen ohne Schädigung für die Mutter abläuft.

Samuels (90) nimmt gegenüber den genannten Autoren einen hoffnungsfreudigeren Standpunkt ein, da eben viele Frauen mit Herzfehlern Schwangerschaften und Geburten ganz gut überstünden. Nur bei der Mitralstenose sei besondere Vorsicht am Platze, ebenso bei Komplikation mit Lungen- oder Nierenkrankheiten. In den beiden letztgenannten Fällen wäre die Ehe von vornherein zu verbieten.

Ilyin (49) hat die schwierige Frage der Luftembolie durch neue Versuche, die an 32 Hunden in Morphiumnarkose vorgenommen wurden, zu fördern gesucht. Aus den sorgfältigen Experimenten ist zu entnehmen, dass selbst relativ grosse Luftmengen in die Venen eindringen können, ohne für das Tier tödlich zu sein, wenn nur die Schnelligkeit, mit der die Luft eindringt, nicht zu gross ist. Die Schnelligkeit hängt ab von der Druckstärke. Bei atmosphärischem Aussendruck und einem geringen negativen Venendruck kann dieses Lufteindringen nicht mit einer zur Tötung hinreichenden Schnelligkeit erfolgen. Nach klinischen Erfahrungen dürften auch beim Menschen die Verhältnisse ähnlich liegen. Ilyin verlangt daher mit Recht bei der Diagnose des Todes an Luftembolie die grösste Vorsicht; insbesondere muss durch vorherige Unterbindung der Gefässe während der Autopsie ein nachträgliches Eindringen von Luft in die Venen verhütet werden.

Rudaux (86) bespricht ganz allgemein die Ursachen plötzlicher Todesfälle unter der Geburt. Uterusruptur, Blutungen bei Placenta praevia und vorzeitiger Lösung der normal sitzenden Nachgeburt, Verblutungen aus Varizen, Embolien. Eklampsie kommen hier in Betracht. In der Nachgeburtsperiode spielen Blutungen, bei Inversio uteri ausserdem der Schock, schliesslich die Luftembolie eine Rolle. Verfasser erwähnt speziell intrauterine Spülungen als Ursache plötzlicher Todesfälle, führt dieselben aber nicht auf Luftembolie, sondern auf eine Schockwirkung infolge starker Blutduckschwankungen zurück.

Die Bedeutung des Infantilismus für die Geburtshilfe würdigte Aug. Mayer (70). Abgesehen von der häufigen Sterilität endet die Schwangerschaft häufig durch Abort, die Schwangerschaftsbeschwerden sind gewöhnlich vermehrt. Unter der Geburt bedeuten Wehenschwäche, Rigidität des Uterushalses, mangelhafte Dehnbarkeit der Weichteile, enges Becken usw. die Gefahr von mechanischen Geburtsschwierigkeiten, Weichteilzerreissungen und Infektion.

Auch Vogt (104) hebt die Bedeutung des Status hypoplasticus für die Geburtshilfe hervor. Die Leitung der Geburt erfordert wegen der oben genannten Gefahren besondere Aufmerksamkeit, in der Nachgeburtsperiode ist namentlich eine sorgfältige Überwachung des Uterus erforderlich, da für hypoplastische Individuen oft schon relativ geringfügige Blutverluste bedrohlich werden. Bei operativen Eingriffen ist die gleiche Gefahr zu berücksichtigen und insbesondere die geringe Widerstandsfähigkeit Hypoplastischer gegen Narkose, überhaupt gegen Gifte im Auge zu behalten.

Zu der Frage der Geburtsstörungen durch Tumoren liegt eine grössere Arbeit von Puech und Vanverts (79) vor. Geburtsstörungen kommen entweder durch Verlegung des Ausführungsganges bei im Becken eingekeilten Tumoren vor oder durch infolge des Tumors erfolgende falsche Einstellung, Verlagerung des Uterus, Vorfall kleiner Teile, Wehenschwäche, Uterusruptur. Die Geburt wird ermöglicht durch Abplattung, Ausweichen des Tumors in die Bauchhöhle, Platzen desselben, selten durch eine Geburt des Tumors durch die zerrissene Scheide. Therapie: Bei im Becken festsitzendem Tumor müssen Zange und Wendung vermieden werden, dagegen ist zu versuchen, den Tumor, eventuell in Knie-Ellenbogenlage, hochzuschieben. Bei zystischen Tumoren kommt die Punktion, Inzision derselben von der Scheide aus in Frage, die aber wegen nachfolgender Vereiterung gefährlich werden kann. Besser ist daher vielfach die Ovariotomie per laparotomiam mit nachfolgender Spontangeburt. Bei starken Verwachsungen oder Einkeilung des Tumors, bei vielen Myomen ist zuerst der Kaiserschnitt mit nachfolgender Ovariotomie, Hysterektomie, bei malignen Tumoren die Radikaloperation zu machen.

II. Mütterliche Störungen.

A. Bei der Geburt des Kindes.

1. Äussere Genitalien und Scheide.

1. Ambrosini, Filippo, Taglio cesareo demolitore in donna con distocia grave vaginale. Arte ostetr. Anno 27. Nr. 19. p. 289. (Wegen schwerer Narbe nach spontan geheilter Blasenscheidenfistel, die das ganze Scheidengewölbe betraf, schwerer Narben an der Portio — Folgen einer Bossi-Dilatation — musste der Kaiserschnitt gemacht werden. Der Uterus wurde ebenfalls entfernt.)
2. Andrews, Diskussion zu Banister (Nr. 5). Proc. of the Royal Soc. of Med. Vol. 6. Nr. 7. Obst. and Gyn. Sect. p. 237.
3. Audebert, Berny et Laurentie, Un grave traumatisme obstétrical: double perforation du vagin et de la vessie ayant entrainé la mort par hémorrhagie secondaire. Soc. d'obst. et de gyn. de Toulouse. Mai. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris etc. 2. Année. Nr. 5. p. 522. (Die im Titel angegebenen Verletzungen ereigneten sich bei einem in Unkenntnis der Beckenverengerung angelegten Forzeps bei falsch eingeführtem vorderen Löffel.)
4. Babesch, A., und C. Coe, Neue Betrachtungen zur Ätiologie der Perinealrupturen. Spitalul. 1912. Nr. 8. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 672.
5. Banister, J. Bright, A case of extensive rupture of the utero-vaginal junction with escape of the placenta into the peritoneal cavity. Proc. of the Royal Soc. of Med. Vol. 6. Nr. 7. Obst. and Gyn. Sect. p. 237. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 2. p. 402.
6. Beckmann, W., Kaiserschnitt wegen Scheidenstenose mit vorausgegangener Blasenfisteloperation. Zeitschr. f. gyn. Urol. Bd. 4. Nr. 3.
7. — Kaiserschnitt bei narbiger Vaginalstenose nach Blasenscheidenfisteloperation. Journ. akusch. i shensk. bolesn. März. (Patientin hatte infolge einer schweren Zangenentbindung eine narbige Vaginalstenose und Blasenscheidenfistel akquiriert. Letztere sass in Narbenmassen im Fornix vaginae, und gelang es Verf., die Fistel operativ zu schliessen. Trotz Warnung vor Schwangerschaft wird Patientin ein Jahr später kreissend nach siebenstündiger Eisenbahnfahrt ins Hospital gebracht. Völlige narbige Verwachsung der zwei oberen Drittel der Vagina bis auf einen langen Kanal, der für einen dünnen Bleistift nur durchgängig war. Keine kindlichen Herztöne, Abgang übelriechenden Fruchtwassers. Kaiserschnitt mit nachfolgender Uterusamputation. Mazerierter Fötus. Genesung.) (H. Jentter.)
8. Berecz, J., Carcinoma clitoridis bei einer Gebärenden. Gyn. Sekt. des kgl. ungar. Ärztevereins zu Budapest. 3. Dez. 1912. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1040.
9. — Elörement gyógyalt hólyay hüvelysipely után sectio caesarea, tubasterilizálás. Aus der Sitzg. der gyn. Sekt. des kgl. Ärztevereins am 3. Juni. Ref. Orvosi Hetilap.

Gyn. Nr. 3—4. (Bericht über einen Geburtsfall nach einer vorher geheilten Blasenscheidenfistel; die Geburt wurde mittelst klassischen Kaiserschnittes beendet und die Tubensterilisation mit angeschlossen.) (Temesváry.)

10. Berger, H., Über Prognose und Häufigkeit der Dammrisse. Inaug.-Diss. Freiburg i. Br. 1912. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. p. 90.

11. Björkenheim, Edv. A., Zur Kasuistik der Kolpaporhexis sub partu. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 8.

12. Blacker, Diskussion zu Banister (Nr. 5). Proc. of the Royal Soc. of Med. Vol. 6. Nr. 7. Obst. and Gyn. Sect. p. 237.

13. Brüno, Ein Fall von Zerreissung des vorderen Scheidengewölbes in der Geburt. Wratsch. Gaz. Nr. 46. Sitzungsber. der geb.-gyn. Ges. zu Kiew. (H. Jentter.)

14. Bublitschenko, Eine besondere Art von Cervixruptur bei Abort. Journ. akusch. i shensk. bolesn. Mai-Juni. Sitzungsber. der geb.-gyn. Ges. zu St. Petersburg. (Igravida, Abort im fünften Monat. Die Ruptur wurde sechs Tage post abortum konstatiert: äusserer Muttermund unversehrt, 1 cm von ihm entfernt in der hinteren Cervixwand ovale Öffnung. Derartige Rupturen können bei Erstgeschwängerten mit Anteflexio uteri, bei langer Cervix, engem und rigidem Muttermund vorkommen. Immer ist die hintere Cervixwand betroffen. Die Ruptur ist immer ein Längsriss. Verf. bezeichnet derartigen Vorgang als Abortus spontaneus praeternaturalis.) (H. Jentter.)

15. Cauwenberghe, André van, Thrombus et hématomes vulvo-vaginaux. Bull. de la soc. belge de gyn. et d'obst. Tome 23. p. 167. (32jährige IVpara, glatte Spontangeburt, am nächsten Tage wird am rechten grossen Labium das Hämatom sichtbar, das nach weiteren zwei Tagen, da es immer grösser wird und in die Scheide durchzubrechen droht, an seinem tiefsten Punkte inzidiert wird. Spülung, Tamponade, Heilung ohne Infektion innerhalb von drei Wochen.)

16. *Cox, Allen E., Repair of perineal injuries. Journ. of the Arkansas Med. Soc. Vol. 10. Nr. 5. p. 126. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. p. 36.

17. Ferré, Musculature inusitée du trois supérieur du vagin. Dystocie. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris. 12. Année. Nr. 3. p. 288. (Merkwürdiger Fall. Im oberen Scheidendrittel springt diaphragmaartig ein ringförmiger Wulst vor, der während der Wehen breiter und härter wird und die Entwickelung des Kopfes per forcipem erfordert. Die Mutter geht an Peritonitis zugrunde. Obduktion ergibt einen überzähligen Muskel, dessen Fasern zu den Scham- und Sitzbeinästen, teils auch zu den seitlichen Beckenwandknochen ziehen.)

18. Kadyschewitsch, Chaine Wolf, Über Ätiologie, Häufigkeit und Heilung der Dammrisse in der Breslauer Poliklinik vom 1. April 1900 bis 1. April 1906. Inaug.-Diss. Breslau. (Berücksichtigt vor allem die Dammrisse nach Zangenoperationen. 38% bei Multiparae, 32% bei Erstgebärenden.)

19. Läusimäki, T., Schwere Verletzung der Scheidenblasenwand bei krimineller Provokation von Abort. Mitteil. a. d. gyn. Klinik von O. Engström. Bd. 10. Heft 3. p. 203.

20. Metzlar, C., Ein seltener Fall von Ruptura perinei. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 46. (1. Hinterhauptslage bei Primipara. Trotz seitlicher Inzisionen zerriss der ganze Damm vom intakt bleibenden Sphincter ani beginnend nach vorn, wobei zunächst in dem Riss vor dem Sphincter ani die Nabelschnur und Hand vorfiel.)

21. Meyer, A., Über einen Fall von Ruptur des Septum rectovaginale bei spontaner Geburt. Inaug.-Diss. München 1912. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1766.

22. Natanson, Uterus exstirpiert wegen Kolpaporrhexis sub partu bei der dritten Geburt. Gyn. Sitzg. der Warschauer Ärztl. Ges. 27. Okt. 1911. Bd. 6. Heft 2. p. 252. Ref. Gyn. Rundschau. p. 786.

23. Nejanowsky, L. W., Bildung von Hämatomen der äusseren Genitalien und der Vagina während der Geburt. Arbeiten aus der geb.-gyn. Klinik von Prof. Redlich. St. Petersburg. Bd. 1. p. 161. (Russisch.) Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 2. p. 648. (Haematoma vaginae nach Spontangeburt. Besprechung der Literatur.)

24. Paquet, André, Quelques mots au sujet d'un cas de désinsertion spontaneé de l'extremité supérieure du vagin. Rev. franç. rend. de méd. et de chir. 10. Année. Nr. 8. p. 123. (22jährige Ipara mit normalem Becken. Spontangeburt, Dammriss zweiten Grades und tiefe seitliche Cervixrisse. Ausserdem rings um die Portio quere Abreissung der Scheide, aber ohne Eröffnung des Peritoneums. Naht, glatter Heilungsverlauf. Für die Entstehung der Verletzung wird eine Rigidität des äusseren Muttermundes verantwortlich gemacht.)

25. Potocki et Sauvage, Thrombus pédiculé du vagin. Annales de gyn. et d'obst. Tome 10. Nr. 11. p. 576. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. p. 138.
26. Reddingius, W., Über die Zerreissungen des Scheidengewölbes während der Geburt. Inaug.-Diss. Göttingen.
27. Roberts, Diskussion zu Banister (Nr. 5). Proc. of the Royal Soc. of Med. Vol. 6. Nr. 7. Obst. and Gyn. Sect. p. 237.
28. *Rosiner, Chaim, Über Dammrisse, deren Frequenz, Ätiologie und Therapie in der geburtshilflichen Poliklinik der kgl. Frauenklinik in Breslau. Inaug.-Diss. Breslau. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1765.
29. Rudolph, Über artefizielle Scheidendammdehnungen intra partum. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 32. (Zur Bekämpfung der Wehenschwäche wird digitale Dehnung der Scheide und Vulva empfohlen.)
30. Tiegel, Haematoma vulvae im Anschluss an Geburt. Greifswalder med. Verein. 25. Jan. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 14. p. 677.
31. Torrance, G., Repair of the perineum using silk-worm-gut and leaving the sutures in for two or three months. Journ.-rec. of Med. Vol. 60. Nr. 7. p. 315.
32. Uljanowsky, L. W., Zur Lehre der Hämatome der äusseren Geschlechtsorgane und Vagina während der Entbindung. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Jahrg. 28. Heft 12. p. 1765. (Russisch.) Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. p. 121. (19jährige Ipara mit Ödem und Varizen der grossen Labien, Spontangeburt. Blutung, die zur Entdeckung des gänseeigrossen Hämatoms der vorderen Scheidenwand führt. Am sechsten Tag Spontanruptur ohne weitere Blutung. Die Häufigkeit der Hämatome der äusseren Genitalien und der Scheide wird auf 0,5‰ angegeben.)
33. — Über Hämatom des äusseren Genitals und der Scheide in der Geburt. Journ. akusch. i shensk. bol. Dez. (Uljanowsky berichtet über einen Fall von Hämatombildung bei einer Ipara mit varikösen Venenerweiterungen, bei der nach frühzeitigem Fruchtwasserabfluss die Geburt sehr rapide verlief. (Dauer der Geburt 1 Stunde 50 Minuten, der Austreibungsperiode 20 Minuten.) Das Hämatom brach im Wochenbett spontan in die Scheide durch. Schlusssätze: Hämatom des äusseren Genitals und der Scheide kommt einmal auf 2000 Geburten vor. Häufiger sind die äusseren Geschlechtsteile Sitz des Hämatoms, als die Scheide. Die Ätiologie ist bis jetzt unklar. Sehr schnell verlaufende Geburten, besonders Erstgebärender, scheinen zu Hämatombildung zu disponieren. Veränderungen der Gefässwände, z. B. variköse, besonders bei Affektionen der Nieren, müssen zu den wichtigsten ätiologischen Momenten gerechnet werden.) (H. Jentter.)
34. Unger-Brjanzewa, A., Hämatom der Scheide und der äusseren Genitalien. Russk. Wratsch. Jahrg. 12. Nr. 14. p. 472. (Russisch.) Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 2. p. 67. (Neun Fälle, darunter sechs Erstgebärende. Alter 20—34 Jahre. In vier Fällen Eiweiss im Harn, einmal Varizen an den Beinen. Von den neun Fällen betrafen fünf Spontangeburten, einer eine Extraktion, zwei eine Zangengeburt/(Hämatom des Lig. latum und der Vulva), einer eine Wendung und Extraktion (Hämatom des Lig. latum). Kindergewicht 2290—4140 g. Die apfelsinen- bis faustgrossen Hämatome wurden nur in einem Falle unmittelbar nach der Geburt entdeckt, sonst erst, wenn sie aufbrachen; nur in drei Fällen wurde schon vorher die Eröffnung vorgenommen. Ein Exitus an Septikopyämie.)
35. Waksmann, Meyer Eisik, Über Ätiologie, Häufigkeit und Erfolge der primären Naht bei Dammrissen. Inaug.-Diss. Breslau. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1765. (Primäre Heilung in 77%, bei den kompletten Dammrissen in 57%.)
36. *Williams, Charles E., Rupture of the perineum. Australian med. Gaz. Vol. 34. Nr. 445. p. 74. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 3. p. 181.
37. *Zubrzycki, Januarius, Eine während der Geburt entstandene Blutgeschwulst der Vulva. Zentralbl. f. Gyn. p. 274.

Bei grossen Hämatomen der Vulva hält Zubrzycki (37) ein aktives Vorgehen für notwendig. Er spaltet die Blutgeschwulst, unterbindet die blutenden Gefässe und drainiert, im übrigen die Wundhöhle durch Naht möglichst verkleinernd.

Die wichtigsten ätiologischen Faktoren bei der Entstehung der Dammrisse sind nach Rosiner (28) zu rascher Durchtritt der Frucht bei Sturzgeburten, starker Bauchpressentätigkeit, wobei auch bei kleinen Kindern die Raschheit

der Vulvadehnung in Betracht kommt. Aber natürlich kann auch der Damm selbst pathologisch sein: Varizen, Ödem, spitze Kondylome. Die Schamspalte kann an sich zu eng sein. Ebenso wirkt abnorme Grösse oder Haltung des Kopfes, abnorme Schulterbreite. Eine besondere Gefährdung des Dammes durch operative Entbindungen hat Verfasser nicht feststellen können, ausser bei Extraktionen am Beckenende, wobei vielfach im Interesse des Kindes die Dehnung sehr beschleunigt werden muss. Mit der Zange kann man dagegen den Damm sehr schonen. Die Zahl der Dammrisse an der Breslauer Klinik betrug bei Erstgebärenden 81%, im Durchschnitt aller Geburten 20% und enstanden meist im Alter von 25—30 Jahren (!). Jeder Dammriss ist sofort zu nähen.

Auch Williams (36) sieht in zu schnellem Durchtritt des Kindes die Hauptursache der Dammrisse, ja er fürchtet die Gefahr des plötzlichen Durchpressens so sehr, dass er stets im letzten Stadium der Austreibungsperiode etwas Chloroform gibt. Zurückhalten des Kopfes von aussen während einer starken Wehe erhöht die Gefahr des Dammrisses. Auch ohne oberflächlich sichtbare Zerreissungen des Dammes und der Scheidenschleimhaut können Zerreissungen der Muskeln des Beckenbodens entstehen, die zu Prolaps disponieren.

Sofortige Naht wird von allen Seiten empfohlen. Cox (16) betont die Wichtigkeit einer sorgfältigen Vereinigung der zerrissenen Muskeln und Faszien, wobei besonders auch Verletzungen des Levator zu berücksichtigen sind.

2. Cervix.

1. *Bayer, H., Über Blasensprengung und Blasenstich und über die Strikturen der Cervix. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 74. Heft 1.
2. Bublitschenko, Abortus spontaneus praeternaturalis als ätiologisches Moment bei Entstehung einer Fistula cervicovaginalis laqueartica. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. p. 405. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 3. p. 344.
3. Deutsch, Ein Fall von zirkulärem Abriss der Portio uteri intra partum. Geb.-gyn. Ges. in Wien. 20. Mai. Zentralbl. f. Gyn. 1914. Nr. 7. p. 269.
4. Dubrisay, Louis, Deux cas de délévrance arteficielle après une injection de seigle ergoté. Rev. prat. d'obst. et de gyn. Jahrg. 21. p. 100. Ferner: Journ. de sages-femmes. Jahrg. 41. Nr. 11. p. 273. (Einklemmung der Plazenta nach Ergotin.)
5. *Fair, H. D., Retarded labour due to slow dilatation of the cervix. Amer. Journ. of Clin. Med. Vol. 20. Nr. 4. p. 332. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 2. p. 774.
6. Gussakoff, L. A., Retrozervikaler extraperitonealer Echinococcus als Geburtshindernis. Wratsch. Gaz. p. 6. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 1. p. 240. (Schon in der Schwangerschaft wurde vor dem Promontorium ein faustgrosser, prall zystischer, wenig beweglicher Tumor konstatiert, dessen Beziehung zum Uterus nicht sicher festgestellt werden konnte, obwohl er fest mit der hinteren Cervixwand verbunden schien. Kopf blieb dauernd beweglich über dem Becken, konnte wegen des Tumors auch durch die Geburtswehen nicht zum Eintreten gebracht werden. Deshalb vaginale Operation, wobei sich die Diagnose ergab. Glatte Geburt und Heilung.)
7. Mars, A., Über die Blutstillung aus bedeutenderen Muttermundseinrissen stammender Blutungen sub partu. Lwowski Tygodnik Lekarski. Nr. 9 ff. (Polnisch.) (Mehrere Fälle aus der eigenen Kasuistik mit zwei Todesfällen durch Verblutung trotz der eingeschlagenen operativen Therapie.) (v. Neugebauer.)
8. Oui, Opération césarienne pour rigidité du col. Mort par embolie pulmonaire. Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. 2. Année. Nr. 5. p. 466. (Junge Ipara. Nach mehrtägigem Kreissen Muttermund erst für einen Finger durchgängig; zunehmendes Ödem des Kollums. Deshalb Sectio, zwei Tage später tödliche Lungenembolie.)
9. — Rigidité du col chez une syphilitique. Opération césarienne vaginale. Mort. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris. 2 Année. Nr. 7. p. 637. Ferner: Semaine gyn. 18. Jahrg. Nr. 41. p. 325. (Vorzeitiger Blasensprung zwei Tage ante partum. Trotz guter Wehen erweitert sich das Kollum (Muttermund?) nicht über Zweifrankstückgrösse. Hysterotomia vaginalis; nach drei Tagen Exitus im Koma infolge Chloroformvergiftung bei Leber- und Niereninsuffizienz. Mikroskopisch fand sich im Kollum Entzündung und Sklerosierung, die vom Verf. auf die Lues bezogen wird.)

10. Oui, Opération césarienne pour rigidité du col. Mort par embolic pulmonaire. Réunion obst. et gyn. de Lille. 26 Févr. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris. 2. Année. Nr. 5. p. 468.
11. Pierra, Louis, A propos d'une observation de travail lent et irrégulier par suite de spasme et d'oedème du col. Rev. mens. de gyn., d'obst. et de péd. Jahrg. 8. Nr. 3. p. 169. Ferner: Journ. de sages-femmes. Jahrg. 46. Nr. 16. p. 313. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 1. p. 697. Bd. 2. p. 775.
12. — Deux observations de fibromes volumineux du segment inférieur, compliquant la grossesse, avec ascension de la tumeur au cours du travail. Rev. mens. de gyn., d'obst. et de péd. 8. Année. Nr. 5. p. 328. Ferner: Journ. de sages-femmes. Jahrg. 41. Nr. 17. p. 321. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 3. p. 31.

Bayer (1) versteht unter Cervixstriktur weder eine ringförmige lokalisierte Verengerung noch eine pathologische Gewebsveränderung, sondern einen physiologischen Effekt der Wehentätigkeit unter abnormen anatomischen Bedingungen bei mangelhafter oder ungleichmässiger Entfaltung des Mutterhalses. In allen Fällen, in welchen eine derartige Anomalie des unteren Uterinsegments (das Bayer bekanntlich aus dem Kollum entstehen lässt) vermutet wird, ist es dringend geboten, die Fruchtblase so lange wie möglich zu erhalten, bzw. wenn das nicht gelingt, stärkeren Fruchtwasserabfluss möglichst zu verhüten.

Fair (5) findet die Ursache der Geburtsverzögerung infolge mangelhafter Entfaltung der Cervix häufiger in ungenügender Wehentätigkeit als in abnormen Widerständen des zervikalen Gewebes. Der Widerstand ist übrigens oft nervöser Natur und durch Morphin-Skopolamin oder Gelsamium zu bekämpfen. Wenn tatsächlich eine Rigidität des Muttermundes vorhanden ist, gibt Verfasser Lobelia bis zum Brechreiz, ausserdem heisse Spülungen und manuelle Dehnung, wogegen Inzisionen verworfen werden. Bei Hydramnios ist die Blasensprengung indiziert.

3. Uteruskörper und Uterusruptur.

1. Abramowitsch und Schorr, Ein Fall von intraabdominaler Blutung aus der schwangeren Gebärmutter. Journ. akusch. i shensk. bolesn. Jan. (Bei der 38jährigen VII-gravida, welche bereits viermal manuelle Plazentarlösungen mit starken Blutungen durchgemacht hatte, traten am Ende der Schwangerschaft, nachts, ohne jegliche Veranlassung, heftige Schmerzen im Leibe auf. Im Laufe der darauffolgenden Tage: Anämie, Dyspnoe, Schwellen des Leibes, Spannung der Bauchdecken, im Abdomen deutlich Flüssigkeit, Geburtswehen. Da die Probepunktion des Abdomens reines Blut ergab, Laparotomie: Im Abdomen reichlich Blut. Im Uterusfundus auf der hinteren Wand sass ein linsengrosses Koagulum; als es entfernt wurde, heftige venöse Blutung. Längsschnitt durch die Uteruswand. Extraktion des $5^1/_2$ Pfund schweren lebenden Kindes. Da die Plazenta festsass, supravaginale Amputation. Heilung. Verff. geben eine genaue Beschreibung der Gebärmutter. Die Öffnung im Fundus kommuniziert mit dem Lumen einer grösseren Vene und ist von einem Koagulum eingenommen. In letzterem wurden ausser Fibrin und Blutkörperchen synzytiale Elemente gefunden. Im Muskelgewebe der Uteruswand reichlich fibrilläres Bindegewebe. Unregelmässige Lagerung des elastischen Gewebes. Vakuoläre Degeneration der Muskelzellen. Keine Blutungen in der Uteruswand. In der Serotina Fehlen der spongiösen Schicht, die Nitabuchsche Schicht liegt der Muskelschicht direkt an. Der metritische Prozess ist besonders stark ausgeprägt an der Insertionsstelle der Plazenta. Hier wird Durchwuchern der Uteruswand vom Chorionepithel beobachtet. Die Wandung einer subserösen Vene im Fundus ist gleichfalls durch Zellen von chorialem Typus durchwuchert, was die Blutung veranlasste.) (H. Jentter.)
2. Andrews, H. Russell, Unusual case of rupture of the uterus. Royal Soc. of Med. Sect. of Obst. and Gyn. Vol. 1. Lancet. Vol. 184. Nr. 21. p. 1454. (III para, 24 Stunden nach schwieriger Zangenextraktion eingeliefert. Dammriss 2°, Scheide völlig von der Cervix abgerissen bis auf einen kleinen Streifen rechts vorn, Uterusausführungsgang wieder nahezu völlig vom Uteruskörper abgerissen, ausserdem links ein den ganzen Ausführungsgang durchsetzender Längsriss. Vaginale Totalexstirpation, Heilung in

fünf Wochen. Anscheinend war der eine Zangenlöffel ausserhalb vom Uterus in die Höhe geschoben worden.)
3. Armytage, V. B. Green, A case of spontaneous rupture of the uterus at the eighth month. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 24. Nr. 3. p. 174. (Fundusruptur. Abgesehen von Vermehrung des Bindegewebes, wie in den meisten keine einwandfreie Erklärung. 22jährige I gravida, Bengalin, in extremis eingeliefert. Keine Syphilis. Die Ruptur war anscheinend im Bade passiert, während Patientin sich abwusch.)
4. Belugin, Demonstration mikroskopischer Präparate einer sub partu rupturierten Gebärmutter. Journ. akusch. i shensk. bol. Mai-Juni. Sitzungsber. der geb.-gyn. Ges. zu St. Petersburg. (Die Ruptur passierte 15 Minuten nach dem Blasensprung. Uterusexstirpation. Heilung. Uteruswand stark ödematös, zwischen den Muskelbündeln Blutergüsse. Sowohl im Uterusgewebe, als auch in den Gefässen abnorm viel Bindegewebe. Elastisches Gewebe ist reichlich nur in der subserösen Schicht. Im Cervix fast gar kein elastisches Gewebe, ebenso wie im Bereiche der Ruptur.) (H. Jentter.)
5. Bertlich, Heinz, Schwangerschafts- und Geburtsstörungen bei Missbildung des Uterus, speziell bei Uterus bicornis. Inaug.-Diss. Heidelberg.
6. Beyer, Ein Fall von spontaner Uterusruptur in der Schwangerschaft. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 1. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 637. (Ruptur bereits im dritten Monat, Schädigung der Uteruswand bei einer vorhergegangenen Gravidität durch manuelle Plazentarlösung mit anschliessender Metritis dissecans. Totalexstirpation. Heilung.)
7. Bonnet-Laborderie, A., Physométrie par putréfaction foetale. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris. 2. Année. Nr. 3. p. 197. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 3. p. 180.
8. Bovin, E., Ein Fall von Uterusruptur im fünften Monat. Verhandl. d. obst.-gyn. Sekt. d. Ges. Schwed. Ärzte. Stockholm. Hygiea. Nr. 10. (Silas Lindqvist.)
9. *Bretschneider, R., Über die Ursachen, Therapie und forensische Bedeutung der violenten Gebärmutterzerreissungen. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. p. 80.
10. Brodhead, G. L., Diskussion zu Knipe.
11. — Diskussion zu Colie (Nr. 13) Transact. of the Soc. of Alumni of the Sloane hosp. for w. 24. Jan. Amer. Journ. of Obst. Vol. 67. Nr. 5. p. 990.
12. Calmann, Uterusruptur in der Geburt. Ärztl. Verein in Hamburg. 3. Dez. 1912. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 8. p. 390.
13. Colie, E. M., Spontaneous rupture of the uterus. Soc. of the Alumni of the Sloane Hosp. for w. Jan. 24. Amer. Journ. of Obst. Vol. 67. Nr. 5. p. 989.
14. Colorni, Subtotale Hysterektomie wegen schweren Blutverlustes infolge Ruptur des Kontraktionsringes. Geb.-gyn. Ges. der Marcken u. d. Emilia (Italien). 1. Dez. 1912. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36. Ergänzungsh. p. 386.
15. Corrado, G., et G. de Crecchio, Un caso di rottura spontanea dell' utero in travaglio di parto. Nota di casistica medico-legale. Giornale internaz. de scienze med. Jahrg. 35. Nr. 19. p. 865. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 3. p. 406. (Der Fall kam auf dem Sektionstisch zur Beobachtung, nachdem die 40jährige III para an Peritonitis zugrunde gegangen war. Vorzeitiger Blasensprung. 12 Stunden nach Wehenbeginn plötzlich heftiger Schmerz in der Magengegend, vollständiger Wehenstillstand, Erbrechen. Der jetzt gerufene Arzt fand den Kopf des abgestorbenen Kindes im Beckenausgang; Forzeps, Plazenta spontan. Keine Blutung. Schmerz und Erbrechen dauerten an, weshalb der Arzt, der nur wegen der „Wehenschwäche" gerufen war, 24 Stunden post partum untersuchte und die komplette Ruptur an der linken Seitenkante des Uterus feststellte. Überführung in ein Krankenhaus, Operation abgelehnt, da schwerste Peritonitis vorhanden war und die Frau bereits moribund ankam. Zwei Stunden später Exitus.)
16. *Cragin, Edw. B., Under what conditions uterine inertia should be treated by artificial delivery. 38. Annual meeting of the Amer. Gyn. Soc. May 6—8. Amer. Journ. of Obst. Vol. 68. Nr. 1. p. 79. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 17. Nr. 3. p. 320.
17. *Davis, C. H., Review of the literature and case reports of ruptured uterus. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 17. p. 51. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1733.
18. Dienst, Diskussion zu Küster (Nr. 52). Gyn. Ges. in Breslau. 25. Nov. Zentralbl. f. Gyn. 1914. p. 207.
19. Dobrowolski, Durch Bauchschnitt lebendes Kind aus der Bauchhöhle extrahiert. 25 Minuten nach Uterusruptur mit Austritt des Kindes in die Bauchhöhle. Przegląd Lekarski. 1912. Nr. 7. p. 221.

20. Edgar, J. Cliston, Diskussion zu Harrison (Nr. 35). 38. Annual meeting of the Amer. Gyn. Soc. 6—8. May Med. Record. Vol. 84. Nr. 5. p. 220. (Empfehlung von Pituitrin.)
21. Ehrenfest, H., Drugs in uterine inertia. Transact. of the Amer. Gyn. Soc. 38. Ann. Meeting. 6—8. May. Amer. Journ. of Obst. Vol. 68. p. 331.
22. Ertl, Indikationen zur Sectio caesarea, insbesondere die nach artefizieller Lageveränderung des Uterus (Vaginifixur, Ventrifixur, Ventrisuspension). Verein der Ärzte in Oberösterreich. 5. Juni. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 30. p. 1262.
23. Espeut, G., Uterusruptur nach Pituglandol. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 32. p. 1774.
24. Fraenkel, L., Geburt nach operativer Vereinigung doppelter Gebärmütter. Med. Sekt. d. Schles. Ges. f. vaterl. Kultur zu Breslau. 13. Juni. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 34. p. 1589. (Uterus bicornis mit äusserlich einfachem, innen aber durch ein Septum in zwei Hälften geschiedenem Kollum. Scheidenseptum. Nach operativer Vereinigung der beiden Hälften unter Exzision der Septen zwei Jahre post operat. spontane glatte Geburt, während vorher nur Aborte erfolgt waren.)
25. Frank, Schwangerschaft und Geburt bei doppelter Gebärmutter und Scheide. Geb.-gyn. Ges. Köln. 12. Febr. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Ergänzungsh. p. 339.
26. Freund, H. W., Violente Uterusruptur bei der Wendung. 15. Versamml. der Deutsch. Ges. f. Gyn. Halle a. S. 14.—17. Mai. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 1. p. 789.
27. Freund, R., Uterusverletzungen. Med. Klinik. Nr. 38. (Sammelreferat.)
28. Green, Diskussion zu Cragin (Nr. 16). 38. Ann. Meeting of the Amer. Gyn. Soc. May 6—8. Amer. Journ. of Obst. Vol. 68. Nr. 1. p. 79. (Warnung vor Pituitrin vor Eröffnung des Muttermundes.)
29. Gross et Fruhinsholz, Un cas de grossesse normale après hémi-hystérectomie pour hématometrie dans un utérus double. Ann. de gyn. et d'obst. 40 Année. 2. Série. Tome 10. Sept. p. 507. (Das meiste geht aus dem Titel hervor. Uterus bicornis unicervicalis dessen linke in eine Hämatometra umgewandelte Hälfte entfernt wurde. Das Interessante des Falles ist, abgesehen von der glatten Heilung und vollständigen Beschwerdefreiheit der Frau, ihre baldige Konzeption und der glatte Verlauf der Schwangerschaft und Geburt.)
30. Gutzmann, Fr., Kaiserschnitt bei Geburtsstörungen nach antefixierenden Operationen am Uterus. Der Frauenarzt. Nr. 8. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 46. p. 2264. (Bericht über vier einschlägige Fälle. Nichts Neues.)
31. Hamlin, Mont. M., Uterine inertia. Amer. med. Journ. Vol. 41. p. 467. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 1. p. 438.
32. *Harper, Paul T., Contraction ring dystocia. Amer. Journ. of Obst. Vol. 68. p. 640. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1893.
33. — Dasselbe. New York State Journ. of Med. Vol. 13. Nr. 10. p. 535. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 3. p. 601.
34. — Uterine inertia. Albany med. Ann. Vol. 34. Nr. 9. p. 535. (Allgemeine Besprechung. Nichts Neues.)
35. *Harrison, G. Tucker, Uterine inertia — its treatment. Amer. Gyn. Soc. 38. Ann. Meeting. May 6—8. Amer. Journ. of Obst. Vol. 68. Nr. 1. p. 79. Med. Record. Vol. 81. Nr. 5. p. 220. Ferner als Arbeit: Surg., Gyn. and Obst. Vol. 17. Nr. 3. p. 385. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1892.
36. Henkel, M., Zwei Präparate von kompletter Uterusruptur. Demonstration. Naturwiss.-med. Ges. zu Jena. 13. Nov. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 51. p. 2862.
37. Herz, Emanuel, Ein Fall von Uterusruptur nach Pituitrin. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 20. p. 720.
38. Hiden, J. H., Irregular uterine contractions in labour. Virginia Med. Semimonthly. Vol. 18. Nr. 11. p. 269. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 3. p. 294.
39. *Hirst, Barton Cook, Rupture of the uterus. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 16. Nr. 3. p. 330. Zentralbl. 1129.
40. Holland, Eardley, A uterus from a patient who died during obstructed labour: with microscopical sections through the lower uterine segment. Transact. of the Edinb. Obst. Soc. Vol. 38. p. 243. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 3. p. 549. (Multipara, Exitus nach 30stündiger Wehentätigkeit, während nach mehrfachen erfolglosen Zangenversuchen zur Kranioklasie die Vorbereitungen getroffen wurden. Geburtshindernis durch mehrfache Umschlingung hervorgerufene abnorme Kürze der Nabelschnur.)

41. Holländer, Jenö, Uterus bicornis elcárt szarvában kiviselt terhesség. Orvosi Hetilap. Gyn. Nr. 1. (Bericht über einen Fall von ausgetragener Schwangerschaft im abgeschlossenen Horne eines Uterus bicornis; Bauchschnitt, Genesung.) (Temesváry.)
42. Jansen, Wilhelm, Uterusperforation. Uterusverletzungen und ihre Therapie. Inaug.-Diss. Berlin. August.
43. Jardine, R., Retraction ring as a cause of obstriction in labour. Edinburgh Obst. Soc. May 14. Ref. Lancet. May 31. p. 1530.
44. Jennissen, J. A. M. J., Geburtsstörung nach Ventrofixation. Geneesk. Tijdschr. Ned.-India. Bd. 53. Heft 4. p. 607. (Holländisch.) Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 3. p. 242.
45. Josephson, C. D., Eine Uterusruptur in der alten Kaiserschnittsnarbe. Hygiea 1912. Ref. Gyn. Rundschau. p. 304.
46. Jullien, Rupture of the uterus in the first months of pregnancy. Echo méd. du Nord. 1912. XVI. Okt. Ref. Brit. med. Journ. April 12. p. 58. (Bericht über drei Fälle mit einem Todesfall an Embolie am sechsten Tag nach der Operation. Verf. hält die vaginale Totalexstirpation für das beste Verfahren.)
47. Klein, C. U. v., Uterus bicornis (supraseptus) als Ätiologie chronischer Querlage. Zentralbl. f. Gyn. p. 452.
48. Koch, C., Kritische Betrachtung zur Frage unserer modernen Wehenmittel mit besonderer Berücksichtigung des β-Imidoazolyläthylamins. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 16. p. 564.
49. Kosmak, G. W., Dystocia following an interposition operation, complicated by placenta praevia. Transact. of the New York Acad. of Med. Sect. on Obst. and Gyn. May 22. Amer. Journ. of Obst. Vol. 68. Nr. 4. p. 783.
50. Kouwer, B. P., Uterusruptur. Demonstratie. Niederländ.-gyn. Ges. Sitzungsber. 9. Febr. (Spontanruptur mit tödlichem Ausgang, für die keine Erklärung gegeben werden konnte.)
51. — Uterusruptur. Ned. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. 22. März. (Uterusruptur von einer 37 jährigen Ipara mit Albuminurie, die nicht zur Zeit niederkam. Kind in Stirnlage, unausgetragen. Spontane Ruptur, nicht erkannt, selbst nicht bei der Untersuchung des leeren Uterus. Tod durch Verblutung. De Snoo teilt einen ähnlichen Fall mit, wobei das Kind in Stirnlage perforiert wurde; die Frau erlag jedoch an einem Loch im unteren Uterussegment.) (Mendes de Leon.)
52. Küster, H., Über Geburt nach Vaginifixur. Gyn. Ges. in Breslau. 25. Nov. Zentralbl. 1914. p. 207.
53. Küstner, Diskussion zu Küster (Nr. 52). Gyn. Ges. in Breslau. 25. Nov. Zentralbl. f. Gyn. 1914. p. 207.
54. — Ein am Fundus perforierter Uterus mit Adnexen. Demonstration. 15 Vers. d. Deutsch. Ges. f. Gyn. Halle a. S. 14.—17. Mai. Zentalbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 1. p. 691.
55. Küttner, Ein Fall von Uterusruptur im siebenten Monat der Schwangerschaft. Journ. akusch. i shensk. bolesn. April. Sitzungsber. der geb.-gyn. Ges. zu St. Petersburg. (Die 21 jährige Patientin hatte nach der ersten Geburt ein langes puerperales Leiden dßrchgemacht. In dem siebenten Monate der zweiten Schwangerschaft, ohne jegliche Veranlassung, heftige Schmerzen im Leibe. Leib gespannt, Herztöne deutlich. Befund unklar. Kein Erbrechen. Über Nacht treten peritoneale Erscheinungen ein. Es wird an Volvulus gedacht. Gegen Morgen akute Anämie. Dyspnoe. Untersuchung in Narkose bringt Klarheit. Laparotomie. Auf der hinteren Uteruswand unregelmässige Ruptur. Die Plazenta hatte sich von der vorderen Uteruswand abgelöst. Hysterektomie mit Erhaltung der Adnexe. Heilung nach langem Krankenlager (Vereiterung der Bauchwunde). Die Untersuchung des (faustgrossen) Präparates erwies, dass fast die ganze hintere Uteruswand defekt war. Es war also nach der ersten Geburt Metritis dissecans (Gangraena uteri partialis) eingetreten. Es blieb erhalten nur der seröse Überzug, der bei der neuen Schwangerschaft ad maximum gedehnt wurde und endlich riss. Da keine Gefässe dabei rissen, trat auch kein Kollaps ein.) (H. Jentter.)
56. Kupferberg, Fingerlange, abgebrochene Hutnadel, aus dem unteren Uterinsegment einer fieberhaft ausgetragenen Kreissenden extrahiert. Mittelrhein. Ges. f. Geb. u. Gyn. 16. Febr. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Ergänzungsh. p. 402.
57. *Kuschtalow, Über Spontanheilung bei kompletter Uterusruptur. Journ. akusch. i shensk. bol. Dez. (H. Jentter.)

58. Lepage, G., et Vaudescal, Primipare ayant un fibrome volumineux occupant toute la partie postérieure de la cavité utérine. Accouchement spontané à terme, enfant vivant; hémorrhagie de la délivrance nécessitant la délivrance artificielle. Déchirure du périnée; hystérectomie abdominale subtotale pour accidents d'inféction dus au sphacèle du fibrome; abcès multiples, guérison. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. 19 Mai. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris. 2. Année. Nr. 5. p. 435. (Titel sagt alles.)

59. Lotitzky, Gebärmutterzerreissung während der Geburt mit nachfolgender Exstirpation des Uterus. Wratsch. Gaz. Nr. 17. Sitzungsber. der geb.-gyn. Ges. zu Tomsk. (H. Jentter.)

60. Mansfeld, Otto, Csökevenyes méhszaroban keletkerett terhesség rupturajá. Aus der Sitzg. der gyn. Sekt. des kgl. Ärztevereins am 3. Juni. Ref. Orvosi Hetilap. Gyn. Nr. 3—4. (Bericht über einen Fall von Ruptur des schwangeren, rudimentären Nebenhornes.) (Temesváry.)

61. Meurer, Ruptura uteri met doodelijken afloop. Nederl. gyn. vereenig. Sitzungsber. 9. März. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 1. p. 562. (26jährige IVpara mit plattem Becken, bisher Spontangeburten, allerdings mit totem Kind. Jetzt bei 3 cm weitem Muttermund Kollaps, Blutung, Erbrechen. Austritt des Kindes in die Bauchhöhle durch einen grossen Riss an der Rückseite des Uterus. Laparotomie, Naht, $^1/_2$ Stunde später Exitus.)

62. — Uterusruptur. Ned. Tijdschr. v. Verl. en Gyn. 23. Jan. (Sektionspräparat, herrührend von einer 26jährigen, an einer Ruptura uteri gestorbenen Frau, IVpara, mit platt verengtem Becken. Conjugata diagonalis $9^1/_4$ cm; zwei Kinder prämatur, das dritte forcipal-tot. In partu aufgenommen, Muttermund 3—4 cm. Pfeilnaht quer. Nach 12 Stunden plötzlich Ruptura uteri, bei derselben Eröffnung, trotz heftiger Wehen. Laparotomie. Extraktion des Kindes und der Plazenta. Riss in der Hinterwand des Uterus genäht; die Frau stirbt $^1/_2$ Stunde nach der Operation an Blutverlust. In der Diskussion teilt De Snoo einen Fall von Uterusruptur mit bei einer Frau, die ein Kind mit Hydrocephalus trug. Laparotomie. Die Frau erlag später einer Pyometra infolge Striktur der Cervix durch eine Naht. De Snoo meint, dass die konservative Behandlung besser sei.) (Mendes de Leon.)

63. Meyer, Leopold, Et Tilfaelde af Fódsel ved bikorn Uterus. (Ein Fall von Geburt bei bikornem Uterus.) Ges. f. Gyn. u. Obst. 5. Febr. Ref. Ugeskrift for Laeger. Kopenhagen. p. 2026. (O. Horn.)

64. — Et Tilfaelde af spontan Ruptura uteri. (Ein Fall von spontaner Ruptura uteri. Ges. f. Gyn. u. Obst. 5. Febr. Ref. Ugeskrift for Laeger. Kopenhagen. p. 2026—2027. (O. Horn.)

65. Meyer-Ruegg, Uterusruptur. Gyn. Rundschau. Nr. 22. p. 822. (Sammelreferat.)

66. Mironowa, S. M., Zur Frage der wiederholten Uterusruptur während der Geburt. Russki Wratsch. Jahrg. 12. Nr. 16. p. 531. (Russisch.) Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 2. p. 67. (VIpara. Bei der fünften Geburt schon inkomplette Ruptur und Kaiserschnitt; platt rachitisches Becken, C. v. 7,5. Jetzt im achten Graviditätsmonat Einleitung der Frühgeburt. Starke Wehen, plötzlich Ruptursymptome. Laparotomie, Uterusamputation, Heilung. An der Rupturstelle deutlich starke Bindegewebsentwickelung, leichte Entzündung und Ödem.)

67. — Zur Frage über wiederholte Uterusruptur in der Geburt. Russki Wratsch. Nr. 16. (Mironowa fand in der Literatur 28 Fälle von wiederholter Uterusruptur. Der Fall des Verf. ist kurz folgender: Bei der vierten Geburt penetrierende Rnptur der vorderen und inkomplette Ruptur der hinteren Uteruswand. Vernähen der Rupturen. Bei der fünften Geburt Bandlscher Ring, schwach pulsierende Nabelschnur. Klassischer Kaiserschnitt; dabei wurde auf der vorderen Uteruswand, unterhalb des Kontraktionsringes, ein 3 cm langer Riss konstatiert; das Peritoneum war intakt. Naht. Heilung. Nach drei Jahren künstliche Frühgeburt. Siebente Geburt. Conj. diag. 9,5; vera 7,5. Plattrachitisches Becken. Stürmische Wehen. Typisches Bild der plötzlichen Uterusruptur. Die Wehen sistieren. Fötus und Uterus werden deutlich palpiert. Uterushöhle leer; komplette Ruptur links vorne. Laparotomie. Kind tot in der Bauchhöhle. An der vorderen Uteruswand alte Adhäsionen, quer verlaufender Riss von 12—13 cm Länge. Supravaginale Amputation; Heilung. Zwischen der ersten und dritten Uterusruptur 11 Jahre. Mikroskopisch reiche Entwickelung von Bindegewebe. Der Riss lag im Bereiche der früheren Ruptur, nicht in der Kaiserschnittnarbe.) (H. Jentter.)

68. Nebesky, O., Beitrag zur Therapie der kompletten Uterusruptur. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. p. 417. (Bericht über vier Fälle, die sich in 30 Jahren in Inns-

bruck ereignet haben. Empfiehlt prinzipiell die Laparotomie mit supravaginaler Amputation oder Totalexstirpation, je nach Ausdehnung des Risses.)

69. v. Neugebauer, Über eine Geburt fünf Jahre nach vorausgegangener Piccolioperation wegen puerperaler Uterusinversion — zugleich eine Frage an die Herren Fachgenossen. Nowiny Lekarskie. Heft 5 u. 6. (Polnisch.) Derselbe Aufsatz deutsch im Zentralbl. f. Gyn. veröffentlicht. Nr. 15. (Das Interessante der Beobachtung liegt in einer eigentümlichen Konformation der Plazenta, welche eine ausgesprochene Bilobarität aufwies. Partus spontaneus — wegen Blutung Plazenta exprimiert. Da Verf. keine Veranlassung hatte, die Hand in den Uterus einzuführen, so kann er nicht behaupten, dass die Plazenta an der früher operativ gespaltenen hinteren Uterinwand gesessen hatte, vermutet aber letzteres und will die eigentümliche Gestalt der Plazenta ätiologisch mit dem Sitze an der hinteren Uterinwand in Beziehung stellen, indem er annimmt, dass an Stelle der uterinen Narbe die Zotten nicht in die Uterinwand einzudringen vermochten, resp. an dieser Stelle nicht zur Entwickelung kamen, dass infolgedessen die beiden Plazentarlappen durch eine rein bindegewebige Brücke miteinander verbunden waren. Um seine Hypothese zu prüfen, bittet Verf. die Fachgenossen, bei jedem wiederholten Kaiserschnitte auf den Sitz und die Gestalt der Plazenta achtzugeben, speziell darauf, ob die Plazenta an der beim vorausgegangenen Kaiserschnitte gespaltenen Uterinwand ihren Sitz hat oder nicht. v. Neugebauer stellt in seiner Arbeit zwei Fälle von Geburt nach Kuestner- resp. Piccoli-Operation zusammen und fügt heute in diesem Referate dieser Kasuistik noch zwei weitere Fälle hinzu: Pius, Normale Entbindung 30 Monate nach Piccoli-Operation. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Nov. p. 604. D. Schwarz, Ein Fall von übertragener Gravidität im Uterus mit Atresie der Cervix-Missed labour bei einer 21 jährigen Frau zwei Jahre nach Piccoli-Operation. Referat im Zentralbl. f. Gyn. Nr. 44. p. 1634. Die Gesamtzahl der bisherigen Beobachtungen würde also bisher 13 Fälle betragen.)
(v. Neugebauer.)

70. Nijhoff, Akute Inversion uteri post partum. Ned. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. XXV. 3. (Der erste Fall betrifft eine 24 jährige Ipara, die spontan niederkommt und direkt post partum bei dem Pressen den Uterus mit der Plazenta aus der Vagina drückt. Da Reinversion per vaginam nicht gelingt, auch nicht in Narkose, erfolgt Laparotomie, wobei der Uterus wieder an seinen Platz gebracht wird. Heilung. Der zweite Fall betrifft eine 28 jährige IIpara, die spontan niederkommt. Die Hebamme will die in der Vagina liegende Plazenta durch Ziehen entfernen und dabei kommt es zur Inversion. Reinversion per vaginam unmöglich, deshalb Laparotomie. Heilung. Im Anschluss an diese Fälle weist Vortragender hin auf die grossen Schwierigkeiten bei der Reinversion, im Gegensatz zu dem, was die Handbücher darüber sagen. Nach seiner Meinung ist in derartigen Fällen die Laparotomie geboten und ungefährlich. In der Diskussion bestreitet Treub die Notwendigkeit einer Laparotomie, da eine Gefahr für Verblutung nicht vorhanden ist. Er ist der Ansicht, dass man mit Tamponieren und Kolpeurynter ebensoweit kommen könne.) (Mendes de Leon.)

71. Ölmann, Ein Fall von Uterus bicornis mit ausgetragener Schwangerschaft im rechten Horn. Gyn. Rundschau. Heft 20. p. 738.

72. Ossendorff, K., Über Uterusruptur und ihre Behandlung. Inaug.-Diss. München 1912. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. p. 91.

73. Petropawlowsky, Ein Fall von totaler Spontanruptur der Gebärmutter während der Geburt mit Austritt der Frucht in die Bauchhöhle. Wratsch. Gaz. Nr. 30. (Die Ruptur geschah bei einer Multipara mit geringer Beckenenge, in einer schmutzigen Hütte. Nach Verlegung ins Hospital, zwei Stunden nach der Ruptur, Laparotomie. Kind in der Bauchhöhle mit dem Kopf nach oben, Plazenta ragte aus dem Riss hervor. Querriss, welcher drei Viertel der Peripherie einnahm. Naht des Risses. Schluss der Bauchwunde nach Füllung der Bauchhöhle mit Kochsalzlösung. Glatte Heilung. Interessant ist, dass Patientin wieder schwanger wurde und ad terminem spontan niederkam.) (H. Jentter.)

74. Pinzani, Lo spasmo del cercine di contrazione come causa di gravissima distocia nella deflessione della testa fetale. Morgagni. P. II. 55. p. 137. Ferner: Rendiconti di soc. tosc. di ost. e gin. IV. 4. p. 137. 1912. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 1. p. 241. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. p. 200. (Eine Art „hour-glass"-Kontraktion des gebärenden Uterus bei Gesichtslage. In tiefer Narkose schwierige Wendung, totes Kind. Nach der Entleerung des Uterus waren in der Uterushöhle

deutlich zwei, dem Korpus und Ausführungsgang entsprechende, durch den spastisch kontrahierten Grenzring getrennte Kammern vorhanden. Da bei der Wendung die Gefahr der Ruptur gross ist und die Kinder wohl immer dabei absterben dürften, schlägt Verf. für ähnliche Fälle (Diagnose vorausgesetzt!) den suprasymphysären Kaiserschnitt vor.)

75. Polack, Diskussion zu Cragin (Nr. 16). 38. Ann. Meeting of the Amer. Gyn. Soc. May 6—8. Amer. Journ. of Obst. Vol. 68. Nr. 1. p. 80. (Warnung vor Pituitrin, bevor der Muttermund eröffnet ist.)

76. Porter, W. D., A case of rupture of the uterus. Cincinnati Obst. Soc. March 20. Lancet.-clin. Vol. 109. Nr. 19. p. 517. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 2. p. 602.

77. Reid, John, Three cases in midwifery practice. Brit. med. Journ. Nr. 2720. p. 338. (Drei Fälle, von denen der erste eine Uterusruptur mit Darmvorfall im sechsten Graviditätsmonat betraf. Als die Frau 24 Stunden nach Auftreten von starken Schmerzen im Bauch in Behandlung kam — der Fötus war mittlerweile abgegangen — lagen Nabelschnur und drei Darmschlingen in der Scheide. Reposition des Darms, Lösung der Plazenta, Symptome allgemeiner Peritonitis, trotzdem in drei Wochen Heilung. Ursache unklar. Verf. denkt an einen Abszess der hinteren Uteruswand, der unter dem Druck des tiefertretenden Schädels platzte und dabei die Uterusruptur verursachte.)

78. Reinhard, Hans, Zur medikamentösen Behandlung der Wehenschwäche während der Geburt. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 16. p. 747. (Empfehlung von Sekale-Dyalisat Golaz 0,5 g wiederholt.)

79. Rudaux, P., De la dystocie utérine. Clinique (Paris). 8. p. 218. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 2. p. 133.

80. Rühle, Diskussion zu Schröder, Die Späterfolge geburtshilflichen Handelns. Niederrhein.-westf. Ges. f. Geb. u. Gyn. 3. Dez. 1911. Monatsschr. Bd. 38. Ergänzungsh. p. 352.

81. — Uterusruptur, sofortige Laparotomie, Tod. Niederrhein.-westf. Ges. f. Geb. u. Gyn. 25. Febr. 1912. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Ergänzungsh. p. 354.

82. *Schauta, Diskussion zu Thaler (Nr. 96). Geb.-gyn. Ges. in Wien. 11. März. Zentralbl. f. Gyn. p. 1785.

83. Schewaldyschew, Zur akuten puerperalen Uterusinversion. Med. Obosr. 1912. Nr. 13. (Als prädisponierendes Moment ist Atonie zu nennen. In den meisten Fällen ist die Inversion eine violente. Die Behandlung muss konservativ sein. Nur bei besonderen Indikationen ist die Exstirpation des Uterus angezeigt.) (H. Jentter.)

84. Schlank, Zwei Fälle von Spontanruptur der Harnblase bei spontaner Uterusruptur sub partu. Przeglad Lekarski. 1912. Nr. 7. p. 121. Ref. Gyn. Rundschau. p. 791.

85. Schwarz, Ruptur des graviden Uterus nach vorausgegangenem Kaiserschnitt. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 15. p. 815.

86. Sichow, Spontanruptur des Uterus in der Geburt. Wratsch. Gaz. Nr. 17. Sitzungsber. der geb.-gyn. Ges. zu Tomsk. (H. Jentter.)

87. *Sigwart, Die Ausschaltung der Peritonitisgefahr bei der operativen Behandlung der Uterusruptur und der perforierenden Uterusverletzungen. Arch. f. Gyn. Bd. 100. Heft 1. p. 195.

87a. — Dasselbe. 15. Versamml. der Deutsch. Ges. f. Gyn. Halle a. S. Zentralbl. für d. ges. Gyn. I. 790, III. 378.

88. Snoo, de, Driemal Uterusruptuur by dazelfell vrouw. Niederl.-gyn. Ges. Sitzungsber. vom 12. Jan. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 1. p. 242. (41 jährige Multipara mit plattrachitischem Becken, C. v. $7^3/_4$. Bei der fünften Geburt anlässlich einer Wendung starker Riss im unteren Uterinsegment. Tamponade, Heilung. In der sechsten Schwangerschaft Spontanruptur ohne nachweisbare Wehentätigkeit. Tamponade, Heilung. Siebente Geburt Hebosteotomie bei Beckenendlage. Achte Geburt in der 36. Woche Spontanruptur rechts im unteren Uterinsegment, geringe Blutung, Tamponade, glatte Heilung.)

89. — Ruptura uteri met doodelijken afloop. Nederl.-gyn. vereenig. Sitzungsber. vom 9. März. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 1. p. 562.

90. — Dreimalige Uterusruptur bei derselben Frau. Ned. Tijdschr. v. Verl. en Gyn. 22. März. (Dreimalige Uterusruptur bei derselben Frau, die vier ungestörte Schwangerschaften durchgemacht hatte; in den drei späteren entstand jedoch jedesmal in der 34.—36. Woche nach einigen Wehen und spontan Uterusruptur. Alle drei Male wurde

Patientin konservativ behandelt mit Tamponade. Jedesmal glatte Heilung. Anschliessend daran teilt Vortragender mit, dass er bei 18 Frauen, bei denen früher Sectio caesarea vorgenommen worden war, in den folgenden Schwangerschaften nie als Uterusruptur gesehen habe. Er zeigt ferner einen rupturierten Uterus, von einer VIIIpara herrührend, bei welcher am Ende des achten Monats eine spontane Ruptur auftrat, der sie erlag, nachdem sie früher eine Curettage mit Infektion durchgemacht hatte.) (Mendes de Leon.)

91. Solowij, A., Über eine seltene Ursache der spontanen Zerreissung der Gebärmutter während der Entbindung. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 44. (Fixierte Retroflexio infolge früherer gonorrhoischer Adnextumoren. Schon bei der ersten Schwangerschaft wurde anlässlich eines Abortus mens. II an der Hinterwand des Uterus ein Divertikel festgestellt. Bei der folgenden Schwangerschaft kam es bei einer Spontangeburt zu einer Ruptur der Vorderwand. Laparotomie, bei der auch die derben Verwachsungen an der Hinterwand festgestellt wurden. Exitus. Verf. nimmt an, dass durch die starre Fixation der Hinterwand eine Überdehnung der Vorderwand zustande kam — also genau umgekehrte Verhältnisse wie nach antefixierenden Operationen.)

92. Ssasokow, Ein Fall von Uterusruptur bei verschleppter Querlage. Wratsch. Gaz. Nr. 40. (H. Jentter.)

93. Steffen, Im fünften Monat der Gravidität perforierter Uterus. Demonstration. Mittelrhein. Ges. f. Geb. u. Gyn. 28. Juni. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. p. 484. (Perforation mit der Abortuszange bei künstlicher indizierter Schwangerschaftsunterbrechung.)

94. Steenhuis, T. S., Spontane Uterusruptur während der Geburt. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. Tweede helft. Nr. 6. p. 390. (Holländisch.) Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 3. p. 181. (31jährige Vpara. Nach neuntägiger Wehendauer eingeliefert mit Tympania uteri und totem Kind. Wendung, Extraktion, Embryotomie. Nächsten Tag Exitus infolge allgemeiner Peritonitis, als deren Ursache sich ein 1 cm unterhalb des inneren Muttermundes sitzender Querriss ergibt, der sich ins Parametrium bis zur Tubeninsertion fortsetzt, so dass die linken Adnexe fast vollständig vom Uterus abgerissen sind.)

95. Studdiford, Diskussion zu Cragin (Nr. 16). 38. Ann. Meeting of the Amer. Gyn. Soc. May 6—8. Amer. Journ. of Obst. Vol. 68. Nr. 1. p. 80. (Warnung vor Pituitrin, ehe der Muttermund völlig eröffnet ist.)

96. Thaler, Zwei Fälle von Uterusruptur. Geb.-gyn. Ges. in Wien. 11. März. Zentralbl. f. Gyn. p. 1783. (Der erste Fall von Ruptur bei engem Becken bietet nichts Besonderes. Anders der zweite. Hier war das Becken weit, die Ruptur trat nach ganz kurzer mässiger Wehentätigkeit auf. Die Frau hatte sechs glatte Spontangeburten, dann zwei Schwangerschaften, die durch Abortus endigten, hinter sich. Bei diesen beiden Fehlgeburten bestand Fieber, die Ausräumung war zum Teil instrumentell vorgenommen worden. Thaler nimmt nun an, dass dabei eine Läsion der linken Uteruswand stattgefunden habe, die zur Ruptur disponierte.)

97. Theodor, Paul, Über die Ätiologie und Therapie der Uterusruptur. Inaug.-Diss. Königsberg.

98. Trapl, J., Uterusruptur intra partum. Casopis ceskyle lékarno. Nr. 9. (Tschechisch.) Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1129.

99. Uhtmöller, Schwere Geburten nach Vaginifixur, ein Fall kompliziert durch einen Foetus papyraceus. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 18. p. 653.

100. Utrobin, Ein Fall von Uterusruptur während der Geburt. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 28. Heft 4. p. 628. (Russisch.) Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 2. p. 68.

101. — Ruptur der Gebärmutter während der Geburt. Laparotomie. Heilung. Journ. akusch. i shensk. bol. April. (38jährige VIIIgravida; Conj. ext. 17, diag. 11,5. Hinterhauptslage. Typisches Bild einer spontanen Uterusruptur auf der Höhe einer Wehe mit Austritt der Frucht in die Bauchhöhle. Laparotomie. Vernähen der Ruptur. Heilung. Ätiologie bleibt unklar.) (H. Jentter.)

102. Vagedes, Über einen Fall von Spontanruptur des kreissenden Uterus nach Sectio caesarea. Niederrhein.-westf. Ges. f. Geb. u. Gyn. 1. Dez. 1912. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Ergänzungsh. p. 382.

103. Varaldo, Spontanruptur des Uterus in der Geburt mit Austritt des Fötus und der unversehrten Eianhänge in die Bauchhöhle. Ginec. moderna. 1912. Nr. 10. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1734.

104. Walter, Uterusruptur bei einer 22jährigen Ipara. Verh. der Ärzte-Ges. in Göteborg. 22. Febr. 1911. Ref. Gyn. Rundschau. p. 304.
105. Webster, Diskussion zu Cragin (Nr. 16). 38. Ann. Meeting of the Amer. Gyn. Soc. May 6—8. Amer. Journ. of Obst. Vol. 68. Nr. 1. p. 80.
106. *Werboff, F., Die Gebärmutter des Weibes, ihre normale Arbeit und ihre Zerreissungen während der Geburt. Berlin, S. Karger.
107. Werbow, Die Gebärmutter des Weibes, ihre normale Arbeit und ihre Zerreissungen während der Geburt. St. Petersburg. (Im ersten Kapitel seines interessanten Buches spricht Werbow über die Zerreissungen der Gebärmutter während der Geburt, geht gegen die Bandlsche Theorie vor und formuliert seinen eigenen Standpunkt (siehe Jahresbericht XXV, S. 603). Der zweite Teil behandelt das Gesetz der peristaltischen Bewegung in der Physiologie des Geburtsaktes. Die Muskelarbeit des Uterus trägt einen ausgesprochen peristaltischen Charakter und unterscheidet sich durch nichts von der Arbeit aller übrigen Hohlorgane mit längs- und querverlaufender Muskulatur. Im Gegensatz zur herrschenden Meinung meint Verf., dass während der ersten Periode der Geburt der Fundus sich allmählich senkt, und dass der Breitendurchmesser des Uterus zunimmt. Diese Formveränderung entspricht der Kontraktion der Längsmuskulatur. In der Folge kontrahieren sich die Quermuskeln, was sich durch Indielängeziehen und Schmalerwerden des Uterus kundgibt. Diesen Wechsel der Formveränderungen des Uterus weist Verf. detailliert nach für die Geburt des Kindes, der Nachgeburt und fürs Wochenbett. In der Entstehung der Drangwehe spielt die Hauptrolle der Druck der hochstehenden Gebärmutter auf die Organe der Bauchhöhle. Die sehr interessanten Einzelheiten sind im Original nachzulesen. Im letzten Kapitel wirft Verf. die Frage auf: Wie kann man die Geburt erleichtern und beschleunigen und dabei die schädlichen Folgen vermeiden? In der Austreibungsperiode muss der Uterus von zwei Seiten Stützpunkte finden: in den Brustorganen und in den Muskeln und Faszien der Bauchwand. Verf. hat eine besondere Binde konstruiert, welche durch Druck auf den Leib während der Wehe der Gebärmutter die fehlende Stütze verleiht. Dank der Binde werden die Drangwehen leichter ertragen und sind weniger schmerzhaft. Die Austreibungsperiode wird verkürzt; Dammrisse sind seltener und kleiner. Der Arbeit ist ein Bericht über eine grosse Reihe klinischer Geburtsfälle beigegeben, sowie eine ansehnliche Zahl zum Teil photographischer Abbildungen.) (H. Jentter.)
108. *White, Clifford, The contraction ring as a cause of dystocia with a description of a specimen removed by hysterectomy during labour. Lancet. Vol. 184. p. 604. Ferner: Clin. Journ. Vol. 42. Nr. 3. p. 33. Proc. of the Royal Soc. of Med. Vol. 6. Obst. and Gyn. Sect. p. 70.
109. Willey, Fl., A case of hydrocephalus complicated by eclampsia, fibroids and a contraction ring. Proc. of the Royal Soc. of Med. Vol. 6. Obst. and Gyn. Sect. p. 86. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 1. p. 240.
110. Wolff, Die Uterusruptur in der alten Kaiserschnittsnarbe nach suprasymphysärem Kaiserschnitt. Charité-Annalen. Jahrg. 37. p. 356. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. p. 123. (Unter 70 Schwangerschaften nach suprasymphysärem Kaiserschnitt der erste Rupturfall. 30jährige IIpara. Beim Kaiserschnitt vor einem Jahr traten bei der Entwickelung des Kindes zwei kleine seitliche Querrisse auf. Jetzt eine Stunde nach dem Blasensprung bei fünfmarkstückgrossem Muttermund Ruptur der ganzen alten Narbe. Totalexstirpation, Heilung. Am Präparat fand man im korporalen Teil des Schnittes die Decidua überall bis dicht unter die Serosa herangewachsen. Ätiologisch kommt eine Störung der Wundheilung beim ersten Kaiserschnitt in Betracht. Im allgemeinen veranschlagt Verf. die Rupturgefahr nach zervikalem Kaiserschnitt geringer als nach korporalem, weil einmal eine Deciduaeinwucherung nicht zu fürchten ist und auch Verwachsungen mit Darm und Netz seltener in Frage kommen.)
111. Zalewski, E., Beobachtung einer beginnenden Spontanruptur gelegentlich einer Sectio suprapubica. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 44.

Eine im Berichtsjahre erschienene Monographie von Werboff (106) behandelt in einem Kapitel auch die Zerreissungen der Gebärmutter. Der Verfasser hält die bisherigen Anschauungen über die zur Uterusruptur führenden pathologischen Verhältnisse für durchaus falsch. Entgegen der Ansicht Bandls, dass der Ruptur die Überdehnung eines an und für sich gesunden unteren Uterus-

segmentes vorhergehe, behauptet Werboff, dass nicht die Überdehnung, sondern eine abnorme Brüchigkeit des Uterusgewebes, vielleicht auf Grund einer bei früheren Geburten entstandenen oder auch akut während der ersten Geburt eintretenden Schädigung als Ursache der Ruptur anzuschuldigen sei. Allerdings gelingt selbst mit dem Mikroskop der Nachweis einer anatomischen Grundlage dieser Brüchigkeit nicht. Hand in Hand damit gehe eine funktionelle Schwäche der Uterusmuskulatur und je nach Kombination dieser zwei pathologischen Eigenschaften gestalten sich die nach Eintritt, Ort und Art verschiedenen Bilder der Uterusruptur. Eine Prophylaxe der Ruptur gibt es nicht. Was bisher unter dem Namen „Symptome drohender Ruptur" geht, sind nach Werboff bereits „Symptome der beginnenden Ruptur".

Auf Grund eingehender Literaturstudien wie eigener Erfahrung kommt C. H. Davis (17) zu der Überzeugung, dass Uterusrupturen häufiger vorkommen als nach der älteren Literatur anzunehmen wäre. Die meisten Risse sind allerdings inkomplet und werden erst nachträglich zu kompletten. Bei kompletter Ruptur ist die Gefahr des Schocks, die Blutung und die Infektion grösser. 53,8% aller Rupturfälle betreffen den passiven Anteil des Uterus und zwar häufiger die linke als die rechte Seite. Besonders häufig ereignen sich Rupturen in der Kaiserschnittsnarbe, weshalb Frauen, bei denen der Kaiserschnitt gemacht wurde, nur in Kliniken entbunden werden sollen und zwar am besten wieder durch einen vor Eintritt der Wehen vorgenommenen Kaiserschnitt. Die Therapie der Ruptur bestehe in der Laparotomie, die Tamponade soll nur als temporäres Hilfsmittel in Frage kommen.

B. C. Hirst (39) drückt sich in bezug auf die Häufigkeit der Ruptur noch bestimmter aus; Die Zahl der spontanen Rupturen hat gegen früher abgenommen, die Zahl der violenten dagegen zugenommen. Das ist auf eine mangelhafte Ausbildung der Ärzte in der geburtshilflichen Diagnose und Technik zurückzuführen. Bezüglich der Therapie, ob Tamponade oder Laparotomie, muss die Entscheidung nach Lage des einzelnen Falles getroffen werden.

Bretschneider (9) zieht bei nicht als infiziert anzusehenden Fällen von Uterusruptur die sofortige Naht der Totalexstirpation vor. Vom forensischen Standpunkt betont Verfasser, dass die Perforation eines gesunden Uterus und die Nichterkennung der Verletzung als grobe Kunstfehler anzusehen seien, während eine Perforation eines kranken Uterus auch dem Geübtesten passieren kann.

Die Gefahren der Wehenschwäche behandelt Cragin (16). Für die Mutter bestehen dieselben in der erhöhten Neigung zu Nachgeburtsblutungen, Infektion, besonders wenn die Geburt nach dem Blasensprung noch lange sich hinzieht. Das Kind ist infolge der langdauernden zirkulären Schnürung durch die Weichteile gefährdet. Die lange Geburtsdauer hat aber bei labilen Frauen auch Gefahren für das Nervensystem, so dass eine Abkürzung der Geburtsdauer wohl berechtigt erscheint. In vielen Fällen genügen dazu Wehenmittel wie Strychnin, Chinin und besonders Pituitrin, in anderen Fällen sind operative Eingriffe erforderlich. Bei rigider Cervix empfiehlt Verfasser die Metreuryse, die auch dann immer angewendet wird, wenn 24 Stunden nach dem Blasensprung die Geburt nicht in Gang kommt; bei Weichteilschwierigkeiten in der Austreibungsperiode ist der Forzeps anzulegen; bei Missverhältnis zwischen Kopf und Becken ist der Kaiserschnitt am Platze. Häufig wird übrigens die Indikation zur Geburtsbeendigung oder -Beschleunigung auch von seiten des Kindes gegeben, dessen Herztöne stets sorgfältig zu kontrollieren sind.

Dasselbe Thema behandelt Harrison (35). Die primäre Wehenschwäche, am häufigsten bei alten Erstgebärenden, bedarf an und für sich keines operativen Eingreifens, vor allem dann nicht, wenn die Blase noch steht. Nach dem Blasensprung werden die Wehen von selbst gewöhnlich besser, gelegentlich ist Morphium, Atropin oder Strychnin am Platze. Nur bei gar zu protrahiertem Verlauf oder bei Eintreten irgendwelcher Komplikationen muss die Geburt beschleunigt

werden. Am meisten empfiehlt sich dazu die Metreuryse mit zugfestem Ballon. — Bei sekundärer Wehenschwäche besteht für die Mutter Infektionsgefahr, für das Kind die Gefahr der Asphyxie. Nur will Verfasser daher nicht lange zuwarten, sondern sobald als möglich entbinden; dabei wird aber vor Anwendung der hohen Zange (die in Amerika sich ausserordentlicher Beliebtheit erfreut Ref.!) gewarnt. — Von der sekundären Wehenschwäche zu unterscheiden ist Geburtsverzögerung infolge mangelhafter Funktion der Bauchpresse (Hängeleib, Rektusdiastase, Lähmungen. Auch hier kommt die Zangenentbindung in Frage, die Verfasser jedenfalls der Expression nach Kristeller vorzieht.

Eine Dystokie durch isolierte tonische Kontraktion des Bandlschen Ringes ist nach Harper (32) ein nicht ganz seltenes Ereignis. Allerdings sind gewöhnlich noch andere Momente für die Verzögerung und Erschwerung der Geburt, wie enges Becken und ähnliches zu finden. Die Gefahren für das Kind sind natürlich infolge des dauernden Druckes gross, für die Mutter resultieren Gefahren wesentlich nur aus vorgenommenen Operationen. Das einzige objektive Zeichen des Zustandes ist der Nachweis des Kontraktionsringes bei der inneren Untersuchung. Vermutet werden kann dieser Krampf des Kontraktionsringes, wenn die Austreibungsperiode ohne sonst auffindbare Ursachen sich hinzieht. Therapeutisch kommen Morphium, Narkose, der Versuch einer Dilatation, gelegentlich sogar der Kaiserschnitt in Betracht.

Sehr ausführlich wird dieselbe Frage von Clifford White (108) behandelt, im Anschluss an drei selbst erlebte Fälle. Als Ursachen kommen in Betracht: 1. frühzeitiger Blasensprung, 2. besondere Reizbarkeit des Uterus, eventuell durch brüske intrauterine Untersuchung noch gesteigert, 3. schlechte Einstellung des vorangehenden Teiles bzw. Vorfall eines kleinen Teiles bei Querlage, 4. Mazeration des abgestorbenen Kindes und Infektion der Eihöhle, 5. vorausgegangene Wehenschwäche, 6. irgendwelche unbekannte Schädigungen der Muskulatur durch vorhergegangene Geburten. — Allerdings versteht White unter Kontraktionsring etwas ganz anderes als die meisten anderen Autoren. Er meint damit zirkumskripte Kontraktionen der Muskelfasern des Uterus an einer beliebigen Stelle, vielfach unterhalb des vorangehenden Teiles, die einen Ring vortäuschen. Die oberhalb des Kontraktionsringes gelegenen Wandpartien sind gewöhnlich erschlafft, die Ligg. rotunda nicht gespannt. Der Kontraktionsring kann in jeder Phase der Geburt auftreten, ändert seine Lage nicht, ist von aussen nicht zu fühlen und alteriert das Wohlbefinden der Kreissenden meist nicht. Das was die meisten anderen Autoren als Kontraktionsring bezeichnen, nennt White den Retraktionsring. Gemeint ist damit der Grenzring von Fehling an der Grenze von Korpus und Isthmus. Unterhalb des Retraktionsringes ist das untere Uterinsegment verdünnt und ausgezogen, der Ring gewöhnlich von aussen zu tasten, das Befinden der Patientin schwer alterierend. Die Ligg. rotunda sind dabei gespannt, um so mehr, je höher der Retraktionsring hinaufrückt. Das Korpus ist dick und hart. Therapeutisch lassen sich allgemein gültige Regeln kaum aufstellen. Alles was empfohlen wurde (Morphin, Chloroform, Amylnitrit, Atropin, Hyoscyamin, heisse Bäder) versagt nicht selten. Am meisten Erfolg sieht man oft von einem Versuch manueller oder mittelst Metreurynters vorgenommener Dehnung. Liegt der Kontraktionsring völlig unterhalb eines lebenden und lebensfähigen Kindes, dann ist der Kaiserschnitt die Operation der Wahl.

Kuschtalow (57) berichtet über einen Fall von Uterusruptur am Ende der Schwangerschaft, welche bei einer Multipara nach schwerem Trauma eintrat. Die Frau war danach einen Monat bettlägerig, erholte sich jedoch und bekam regelmässige Menstrualblutungen. Fötus deutlich in der Bauchhöhle zu palpieren. Bimanuelle Untersuchung und Röntgenoskopie sichern die Diagnose. Bei der Laparotomie (bei 39° Temperatur) wurde der Fötus in der Bauchhöhle gefunden mit Peritoneum, Därmen und Netz adhärent. Auf der Vorderwand des Uterus eine narbige Öffnung, welche angefrischt und vernäht wurde. Heilung nach

Frühaufstehen. Der 2100 g schwere Fötus mit ichorösem Geruch, stark mit den Eihäuten verwachsen; Plazenta fest an den Scheitel angewachsen. Keine Missbildungen. Kuschtalow verbreitet sich über den mikroskopischen Befund von Eihäuten, der Haut und Muskeln des Fötus, der Nachgeburt und Nabelschnur. Hervorzuheben ist, dass die Gewebe, insonderheit die Haut des Fötus von gramapositiven Diplokokken durchsetzt waren. Zum Schluss meint Verfasser, dass eine Frau, die sich nach einer kompletten Uterusruptur scheinbar erholt hat, keineswegs als gesund zu betrachten sei. Ausser psychischen (Bewusstsein eine tote Frucht zu tragen) und mechanischen (Druck) Faktoren besteht eine beständige Gefahr diverser Komplikationen. Der Fötus kann ichorös zerfallen, weil die Ruptur in der Uteruswand meistens sich nicht schliesst und den Infektionserregern die Bahn zum Schwangerschaftsprodukt offen steht. Die Röntgenographie kann in der Diagnostik unschätzbare Dienste leisten (Topographie nicht nur des Skeletts, sondern auch der Weichteile). Bei Ruptur der graviden Tube sind die Bedingungen für eine aseptische Abkapselung der Frucht viel eher gegeben, als bei Uterusruptur, wo die Bildung eines aseptischen Lithopädions zweifelhaft erscheint. Auf die mikroskopischen Veränderungen in den Organen und Geweben des in der Bauchhöhle abgekapselten Fötus übt die Anwesenheit von Fäulnisbakterien einen grossen Einfluss aus. Spontanheilung im vollsten Sinne des Wortes gibt es bei kompletter Ruptur des graviden Uterus also nicht. (H. Jentter.)

Schauta (82) machte darauf aufmerksam, dass heutzutage Uterusrupturen oft auf Basis einer früher gelegentlich einer Auskratzung erzeugten Schädigung der Uteruswand sich ereigneten. Namentlich die oft von ungeübtesten und ungeschickten Händen vorgenommenen Abrasionen bei Abortus sind hier anzuschuldigen, vor deren Vornahme von ungeübter Hand deshalb nicht genug gewarnt werden kann.

Der Therapie der Uterusruptur widmete Sigwart (87) auf dem Hallenser Gynäkologenkongress eine ausführliche Besprechung, wobei besonders die Verhütung der Peritonitisgefahr bei der operativen Behandlung Aufmerksamkeit geschenkt wurde. Das wichtigste ist die sofortige Überführung in eine Klinik, wobei bei starker Blutung ein Momburgscher Schlauch angelegt werden soll. Bei inkompletten Rupturen ohne schwerere Verletzungen des Parametriums ist die vaginale Totalexstirpation angezeigt. In allen Fällen, in denen das Parametrium zertrümmert oder ein retroperitoneales Hämatom vorhanden ist, ebenso bei allen kompletten Rupturen ist dagegen die Laparotomie indiziert. Zur Vermeidung von nachfolgender Peritonitis ist das Wichtigste die Herstellung möglichst einfacher Wundverhältnisse. Vor allem muss die Wundhöhle im Becken gegen die Bauchhöhle möglichst exakt abgeschlossen werden. Beides wird am besten erreicht durch die Totalexstirpation samt Adnexen mit nachfolgender doppelter Peritonealdeckung. Tamponade und Drainage sind dabei zu entbehren. Unter 12 Fällen, darunter 6 kompletten Rupturen, sind bei dieser Behandlung 9 glatt genesen, nur 3 in extremis operierte Fälle haben den Eingriff nicht überstanden.

4. Enges Becken und Osteomalacie.

1. *Bachrach, M., Die Assimilationsbecken der Heidelberger Frauenklinik. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 75. Heft 2. p. 425.
2. Bagger-Jörgensen, V., Partus arte praematurus bei engem Becken. Allm. Svenska Läkartiden. Nr. 13 u. 14. 1912. Ref. Gyn. Rundschau. Heft 13. p. 305.
3. Baron, Naine achondroplasique. Accouchement au huitième mois. Dystocie osseuse. Basiotripsie. Soc. des scienc. méd. de la Côte-d'or. Prov. méd. 26. p. 121. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 1. p. 437. (26jährige Ipara mit typischen äusseren Zeichen der Achondroplasie. C. v. 6,5. Aufzählung der verschiedenen zur Erklärung der Achondroplasie herangezogenen Theorien.)

4. *Bauer, Jul., Zur Klinik der Tetanie und Osteomalacie. Ein Beitrag zur Pathogenese der kalzipriven Osteopathien. Wiener klin. Wochenschr. 1912. Nr. 45. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 216.
5. Becker, K., Ein beiderseitig ankylotisches Robertsches Becken. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. p. 517. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 3. p. 499.
6. Bertino, Alessandro, Contributo allo studio del bacino ovalare obliquo di Naegele. Ginec. Anno X. Nr. 15. p. 453. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. p. 152. (Tuberkulös belastete Patientin, die im sechsten Lebensjahr eine offenbar tuberkulöse Knocheneiterung an der rechten Hüfte hatte, die aber schliesslich heilte, ohne dass das Gelenk ergriffen wurde. Die ersten zwei Geburten per forcipem, die dritte und vierte durch Sectio caesarea beendet. Im Anschluss daran Sepsis, Exitus. Vergleich des skelettierten Beckens mit den intra vitam genommenen Massen.)
7. Bonnamour, S., und A. Badolle, Das osteomalacische Syndrom. Revue de méd. Nr. 11. Ref. Berl. klin. Wochenschr. p. 2397. (Die Osteomalacie hat keine einheitliche Ursache. Es gibt Osteomalacie auf 1. infantilistischer Grundlage, 2. infolge von Störungen der inneren Sekretion, 3. von Ernährungsstörungen. Die Osteomalacie kann also nicht als einheitliche Krankheit, sondern nur als Syndrom angesehen werden, in welchem allerdings immer der gleiche chemische Prozess, Entkalkung der Knochen, zum Ausdruck kommt.)
8. *Brandt, Kr., Über Osteomalacie. Norsk. Magaz. for Laegevidenskaben. Jahrg. 1913. Heft 10. p. 1332. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 3. p. 547.
9. *— Om Osteomalaci. Norsk. magazin for Laegevidenskaben. p. 1333.
10. *Breus, C., Zur Ätiologie und Genese der Ottoschen Protrusion des Pfannenbodens. Wiener klin. Wochenschr. p. 167.
11. Cazanove, Diskussion zu Ferré (Nr. 38). Soc. d'obst. et de gyn. de Toulouse. 7 Févr. Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. 2 Année. Nr. 3. p. 290. (Cazanove hat einen ganz analogen Fall beobachtet.)
12. Chapple, H., A persistent occipito-transverse presentation; labour obstructed at the pelvic outlet. Brit. med. Journ. Oct. 19. 1912.
13. Commandeur, Bassin vicié par ankylose des deux hanches. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris. 2 Année. Nr. 2. p. 90. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 3. p. 499.
14. Christiani, Aug., Die Walchersche Hängelage. Wiener klin. Rundschau. Nr. 29 bis 31. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1914. Nr. 4. p. 186.
15. *Cuny, F., Die Behandlung der Geburt beim engen Becken in Basel. Mit Vorwort von O. v. Herff. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 74. p. 709.
16. Curschmann, Zwei Fälle von seniler Osteomalacie. Ärztl. Verein Mainz. 4. Nov. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 51. p. 2864.
17. Delmas, Diskussion zu Lassale (Nr. 70). Réunion obst. et gyn. de Montpellier. 9 Avril. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris. 2. Année. Nr. 4. p. 361. (Delmas würde die supravaginale Amputation dem typischen Porro vorziehen.)
18. Diesing, Beitrag zur Ätiologie der Rachitis. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 12. p. 552. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 863.
19. Dietel, Osteomalacie. Zwickauer med. Ges. 4. Nov. Deutsche med. Wochenschr. 1914. Nr. 7. p. 364.
20. Dietrich, H. A., Die Behandlung des engen Beckens. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb., sowie deren Grenzgebiete. Bd. 3. Nr. 7. (Übersichtsreferat.)
21. *— Diskussion zu Koch (Nr. 63). Niederrhein.-westf. Ges. f. Geb. u. Gyn. 25. Febr. 1912. Monatsschr. Bd. 38. Ergänzungsheft. p. 358.
22. Dönhoff, Diskussion zu Koch (Nr. 63). Ebenda. p. 359.
23. Dubois-Trépagne, Un cas de diastasis des os pubiens. Soc. belge de Radiologie. 8. Dez. 1912. Ref. Presse méd. Tome 27. p. 269. Journ. de Radiologie. Tome 6. Nr. 6. p. 668. (Vierfingerbreiter Spalt nach Geburt bei engem Becken. Naht mit Draht extraperitoneal. Tadellose Heilung.)
24. *Dührssen, A., Geburt bei engem Becken. Med. Klinik. Nr. 19. p. 735.
25. Durlacher, Über eine Frühgeburtseinleitung bei plattrachitischem Becken bei Gravidität des rechten Horns eines Uterus bicornis unicollis mit einigen epikritischen Bemerkungen. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 34.
26. Eberhart, Diskussion zu Koch (Nr. 63). Niederrhein.-westf. Ges. f. Geb. u. Gyn. 25. Febr. 1912. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Ergänzungsh. p. 360.
27. — Diskussion zu Vagedes (Nr. 102 unter 3).

28. Engelmann, Bericht über einen Fall von Promontoriumresektion nach Rotter-Schmid. Klin. u. anatom.-pathol. Demonstrationsabende der städt. Krankenanstalten in Dortmund, Nov. Med. Klinik. 1914. Nr. 6. p. 261. (Engelmann bestätigt die Erfahrungen von Schmid und Rotter und teilt einen neuen Fall, den 10. überhaupt publizierten, mit.)
29. *Esch, P., Über den Einfluss des platten Beckens auf die Geburt in normaler Schädellage. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 74. p. 920.
30. *— Wieviele ausgetragene Kinder passieren beim platten Becken in Schädellage spontan den Beckeneingang und kommen lebend zur Welt? 15. Vers. der Deutsch. Ges. f. Gyn. Halle a. S. 4.—17. Mai. Verhandl. II. Teil. p. 471.
31. Everke, Diskussion zu Schröder (Nr. 92a unter I). Niederrhein.-westf. Ges. f. Geb. u. Gyn. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Ergänzungsh. p. 352.
32. — Diskussion zu Koch (Nr. 63). Niederrhein.-westf. Ges. f. Geb. u. Gyn. 25. Febr. 1912. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Ergänzungsh. p. 357.
33. — Diskussion zu Vagedes (Nr. 102).
34. Fabre et Bourret, Un cas de bassin à diamètre antéro-postérieure prédominant. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris etc. 2 Année. Nr. 2. p. 108. (In dem von den Verff. beschriebenen Falle überwog der gerade Durchmesser des Beckeneinganges etwas über den queren. Das primär mehr nach hinten stehende Hinterhaupt blieb auch hinten stehen, der Kopf trat mit dem Vorderhaupt zuerst durch (Vorderhauptslage?). Wodurch die eigentümliche Gestalt des Beckens zustande kam, ist unerklärt. Rachitis lag jedenfalls nicht vor.)
35. Falk, Edmund, Fötale Ernährungsstörungen am Becken und an der Wirbelsäule als Ursache von Deformitäten, insbesondere von Skoliosen und angeborener Hüftluxation. Zeitschr. f. orthopäd. Chir. Bd. 31. Heft 3/4. p. 545. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 1. p. 787.
36. — Diskussion zu Jolly (Nr. 57). Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. 13. Juni. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 74. p. 1035.
37. *Feissly, R., Die Therapie beim engen Becken. Diss. Lausanne. Ref. Gyn. Rundschau. p. 680.
38. *Ferré, Difficulté du pronostic de bassin rétréci. Soc. d'obst. et de gyn. de Toulouse. 7 Févr. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris etc. 2 Année. Nr. 3. p. 290.
39. Fraenkel, James, Die Entstehungsweise übermässiger Beckenneigung. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 11.
40. Frankenstein, Diskussion zu Koch (Nr. 63). Niederrhein.-westf. Ges. f. Geb. u. Gyn. 25. Febr. 1912. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Ergänzungsh. p. 360.
41. Franqué, O. v., Kastration in der Schwangerschaft wegen Osteomalacie. 15. Vers. d. Deutsch. Ges. f. Gyn. Halle a. S. 14.—17. Mai. Kongressverhandl. II. Teil p. 319. (29jährige IIIpara; Kastration im vierten Graviditätsmonat nach vergeblicher Phosphorbehandlung, dann spontane Geburt am normalen Schwangerschaftsende, Dauerheilung.)
42. *— Über Spaltbecken. Zugleich ein Beitrag zur Verdoppelung der inneren Genitalien. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 74. p. 76.
43. Freudenthal, Gustav, Ein (neuer) Kunstgriff zur (unblutigen) Erweiterung des gradverengten Beckens. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 15. p. 688. (Verf. hat in einem Falle von plattem Becken einer IIpara, deren erstes Kind perforiert werden musste, eine Rolle unter das Kreuz der Frau gelegt und bei nach aussen gerichtetem Unterschenkel die auch im Knie gebeugten Oberschenkel möglichst fest an den Bauch gepresst. Das wurde bei jeder Wehe wiederholt und die Geburt verlief dabei spontan und rasch. Verf. nimmt an, dass durch die Fixation der Oberschenkel die Mm. glutaei, Piriformis etc. während der Wehen, reflektorisch in Tätigkeit gesetzt, die Darmbeine nach auswärts ziehen, die Bänder der Articulationes sacro-iliacae dehnen und unter Zurücktreten des Promontoriums die Conjugata erweitert wird.)
44. Fruhinsholz, A., A propos d'une opération de Porro dans un cas de bassin coxalgique à type exceptionnel. Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. 2 Année. Nr. 2. Revue prat. d'obst. et de péd. Jahrg. 26. Nr. 289. p. 161. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 2. p. 603. Bd. 3. p. 246.
45. Fuster, Rétrécissement du bassin plus petit que 8 centimètres. Infection grave. Césarienne. Hystérectomie subtotale. Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. 2 Année. Nr. 2. p. 58. (Es handelte sich um eine Ipare Araberin, die bereits seit vier

Tagen kreisste. Blase vor 30 Stunden gesprungen. Allgemeinzustand schlecht, Abgang von schmierigem, sanguinolenten Sekret. Verf. entscheidet sich für den Kaiserschnitt, amputiert supravaginal und drainiert per vag. Die ersten zwei Tage Temperatur nicht über 37,9, am dritten Tage — Patientin ist gegen ärztliches Verbot aufgestanden und umhergelaufen — Peritonitis, an der die Patientin bald zugrunde geht.)

46. *Gerstenberg, Zur Rotterschen Promontoriumresektion. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. 11. April.

47. *— Bemerkungen zu H. Rotters „Verfahren zur Heilung enger Becken". Zentralbl. f. Gyn. Nr. 12. p. 409.

48. Gilles, R., Bassin fendu. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris. 2 Année. Nr. 6. p. 597. (Es handelte sich um einen 4 cm breiten, nur durch weiche Gewebsmassen ausgefüllten, interpubischen Spalt, der vielleicht erst bei der ersten Geburt infolge einer schwierigen Basiotripsie entstanden war. Nähere Angaben fehlen.)

49. Gologowsky, Ein Fall von Kaiserschnitt bei absoluter Indikation. Wratsch. Gaz. Nr. 46. Sitzungsber. der geb.-gyn. Ges. zu Kiew. (Kyphoskoliose. Körperlänge 129 cm. Conj. externa 15,5, diag. 8. Klassischer Kaiserschnitt. Mutter und Kind gesund entlassen.) (H. Jentter.)

50. Gördes, Diskussion zu Koch (Nr. 63). Niederrhein.-westf. Ges. f. Geb. u. Gyn. 25. Febr. 1912. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Ergänzungsh. p. 360.

51. Heusner, Diskussion zu Koch (Nr. 63). Ebenda. p. 358.

52. Hirst, Baston Cook, A case of unusual pelvic deformity. Obst. soc. of Philadelphia. Meeting. Jan. 2. Amer. Journ. of Obst. Vol. 67. Nr. 4. p. 777. (Eine bisher noch nicht beschriebene Beckendeformität. Beckeneingang normal. Die Symphyse ist aber 6 cm hoch und derart geneigt, dass ihr unterer Rand nach hinten sieht und nur 8 cm vom Kreuzbein entfernt ist. Geburt per vias naturales unmöglich, Sectio.)

53. Hirt, Über das Vorkommen der Osteomalazie in Magdeburg. Med. Ges. zu Magdeburg. 10. April. Münchn. med. Wochenschr. p. 1745.

54. Hüffel, A., Zur Geburtsleitung beim engen Becken. Fortschr. der Med. Bd. 31. p. 148. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 1. p. 145.

55. Humpstone, O. Paul, Diskussion zu Knipe (Nr. 62). Transact. of the Soc. of Alumni of the Sloane Hosp. f. W. Jan. 24. Amer. Journ. of Obst. Vol. 67. Nr. 5. p. 987.

56. *Inos, de, Über Wesen und Behandlung der Osteomalacie. Nederl. Maandschr. v. Verlosk. an Vrouwenz. en v. Kindergeneesk. Nr. 1. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1540.

57. *Jolly, Über Geburt bei schiefen Becken. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. 13. Juni. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 74. p. 1030.

58. Jung, Ph., Wöchnerin mit querverengtem (Robertschem) Becken. Med. Ges. zu Göttingen. 23. Jan. Deutsche med. Wochenschr. p. 436. (20jährige Ipara, bei der schon äusserlich die Schmalheit des Beckens auffällt. Der quere Durchmesser des Beckeneinganges betrug nur 6 cm — bei der Operation gemessen — also noch geringer als bei dem Originalbecken von Roberts.)

59. *Kahrs, N., Kunstig fortidleg fódsel ved trangt baekken. (Künstliche Frühgeburt bei engem Becken.) Norsk. Magazin for Laegevidenskaben. p. 1352.

60. Kalmikoff, K. N., Ein Fall von Osteomalacie, geheilt durch Kastration. Russ. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 28. p. 123.

61. Kalmykow, Ein mittelst Kastration behandelter Fall von Osteomalazie. Journ. akusch. i shensk. bolesn. Jan. (Die 27jährige Patientin hatte zweimal geboren und einmal abortiert. Die osteomalacischen Erscheinungen progressieren seit vier Jahren. Typische Osteomalacie. Vergrösserung des linken Lappens der Schilddrüse. Totale abdominale Kastration. Am 25. Tage verliess Patientin gesund das Hospital. Nach weiteren vier Monaten konnte gänzliches Schwinden der Schmerzen konstatiert werden. Interessant ist, dass auch die Vergrösserung der Schilddrüse schwand.)
(H. Jentter).

62. Knipe, Wm. H. Wellington, A case of pubiotomy for funnel pelvis Soc. of the Alumni of the Sloane Hosp. for w. 24. Jan. Amer. Journ. of Obst. Vol. 67. Nr. 5. p. 984. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 2. p. 182.

63. *Koch, C., Demonstration einer schweren Osteomalacie nach Pituitrinbehandlung. Niederrhein.-westf. Ges. f. Geb. u. Gyn. 25. Febr. 1912. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Ergänzungsh. p. 357.

64. Konrád, Jenö, A szükmedenczés szülések és az eklampsia kezeléséröl. Budapesti Orvosi Ujság. Nr. 36. (Konrád empfiehlt bei Beckenverengerungen ersten und zweiten

Grades eine exspektative Geburtsleitung und will die Wehentätigkeit durch Hypophysenpräparate verstärken. Bei der Behandlung der Eklampsie ist er Anhänger der Stroganoffschen Methode.) (Temesváry.)

65. Kreutzmann, H. J., Labor in moderatly contracted pelvis with special reference to Caesarean section. Calif. State Journ. Med. 1912. Oct. Nr. 11.
66. Krüger, Spontangeburten nach wiederholter Uterusruptur. Nordostdeutsche Ges. f. Geb. u. Gyn. 15. März. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. p. 683.
67. Kupferberg, Zur Therapie bei engen Becken. 60. Vers. mittelrhein. Ärzte. 18. Mai. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 24. p. 1351.
68. — Zur Therapie des engen Beckens. Ärztl. Kreisverein Mainz. 7. Jan. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 28. p. 1575.
69. *Labhardt, A., Die Therapie des engen Beckens. Berlin 1912. Schweizer u. Co.
70. Lassale, Bassin rachitique généralement rétréci et aplati, opération de Porro; rareté de l'opération césarienne à Nîmes. Réunion obst. et gyn. de Montpellier. 9 Avril. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris etc. 2 Année. Nr. 4. p. 360. (21 jährige I para mit schweren rachitischen Veränderungen des ganzen Knochensystems. C. v. 6,3 cm. Porro vor Eintritt der Wehen, nur unter günstigen Lichtverhältnissen und bei sicher aseptischem Geburtskanal operieren zu können. In Nîmes sind rachitische Becken von solcher Verengerung, dass der Kaiserschnitt notwendig wird, ausserordentlich selten.)
71. Leavitt, F. E., Moderate degrees of pelvic contraction and their obstetric problems. Journ. of Amer. Med. Assoc. Vol. 60. p. 4.
72. Lam, O. v., Über die Wendung als entbindende Operation bei Beckenenge an der Hand von 130 Fällen aus der kgl. Frauenklinik in Dresden. Inaug.-Diss. Jena.
73. Lönnberg, J., Zwei Fälle von Kaiserschnitt bei ungewöhnlicher Form von Beckenverengerung. Verhandl. d. obst.-gyn. Sekt. d. Ges. Schwed. Ärzte. Stockholm. Hygiea. Nr. 11. (Der eine Fall war ein chondrodystrophisches Zwergbecken, der andere ein kyphotisches Becken. In beiden Fällen glücklicher Ausgang für Mutter und Kind.) (Silas Lindquist.)
74. Marchand, The caesarean section in a multipara with pelvis deformed by richets and measuring six and one half centimeters; mother and child live. Ann. de la policlin. centr. de Breux. 1912. Déc. Nr. 9.
75. Marek, R., Die Therapie der Osteomalacie mit Adrenalininjektionen. Casopis lékarno ceskych. 1911. Nr. 47—50. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 217.
76. Mayer, Aug., Über einige seltene Formen von engen Becken. Hegars Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. 18. p. 53. (Cf. das Referat des entsprechenden Vortrages im vorigen Jahrgang des Jahresberichtes.)
77. *Meurer, Osteomalacie. Ned. Tijdschr. v. Gyn. XXII. Heft 3.
78. Nagel, Diskussion zu Jolly (Nr. 55). Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. 13. Juni. Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 74. p. 1035 u. 1037.
79. *Novak und Porges, Über die Azidität des Blutes bei Osteomalacie. 85. Vers. deutsch. Naturf. u. Ärzte in Wien. 21.—27. Sept. Abteil. f. innere Med. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 42. p. 2364.
79a. — Dasselbe. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 44. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1914. Nr. 4. p. 187.
80. *Ogata, M., Die Symptomatologie der Rachitis und Osteomalacie in Japan. Hegars Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. 18. p. 8.
81. Oui, Hystéropexie par ventrofixation. Bassin rétréci. Présentation du front transformé en face. Basiotripsie. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris. 2 Année. Nr. 7. p. 635.
82. Pape, Diskussion zu Koch (Nr. 63). Niederrhein.-westf. Ges. f. Geb. u. Gyn. 25. Febr. 1912. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Ergänzungsh. p. 360.
83. Pierra, Louis, Bassin rachitique et présentation du siège. Journ. des sages-femmes. Jahrg. 41. Nr. 15. p. 305. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 2. p. 711.
84. Plauchu, E., Scolio-cyphose rachitique à grandes déformations. Rev. mens. de gyn., d'obst. et de péd. 8 Année. p. 391. (C. v. 8,5. Vier Spontangeburten, einmal Forzeps, bei Kindern von 2000—2850 g Geburtsgewicht. Trotz der relativ geringen Beckenverengerung und relativen Kleinheit der Kinder zeigten sich am Schädel immer Druckmarken und starke Konfiguration.)
85. *Ponfick, W., Die Erfolge der künstlichen Frühgeburt beim engen Becken mittleren Grades. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 73. Heft 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1167.

86. *Remy, S., L'accouchement prématuré doit-il être conservé dans la thérapeutique des bassins rétrécis? Rev. méd. de l'est. Tome 45. Nr. 21. p. 784. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 3. p. 634.
87. *Ribas, Guillermo, Behandlung des engen Beckens. Rev. de med. y cirurgia. Jahrg. 27. Nr. 5. p. 129. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 3. p. 705.
88. Rotter, H., Die Heilung des engen Beckens. Gyógyászat. 1912. Nr. 50. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1539.
89. *— Verfahren zur Heilung enger Becken. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 2. p. 52.
90. *— Über meine beckenerweiternde Operation durch Promontoriumresektion. 85. Versamml. deutsch. Naturf. u. Ärzte in Wien. 23. Sept. Gyn. Rundschau. p. 754.
90a. *— Dasselbe. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 48.
91. Rouvier, J., Pelviviciation. Sphacèle génital ante partum. Inféction amniotique. Basiotripsie. Croschet auxillaire. Guérison. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris. 2 Année. Nr. 5. p. 449. (Wehenbeginn vor fünf Tagen, Blasensprung vor vier Tagen, Kind tot. Enges Becken. Jetzt bereits Ödem der vorderen Muttermundslippe; nekrotische Stellen auf der hinteren; Fruchtwasser fötid. Kranioklasie, Entwickelung der Schultern mit dem Achselhaken des Verf. Fieberhaftes Wochenbett, Heilung, nachdem die ganze Portio gangränös abgestorben ist.)
92. Rühle, Diskussion zu Koch (Nr. 63). Niederrhein.-westf. Ges. f. Geb. u. Gyn. 25. Febr. 1912. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Ergänzungsh. p. 359.
93. Salin, M., Fall von spondylotisthetischen Becken. Verhandl. d. obst.-gyn. Sekt. d. Ges. Schwed. Ärzte. Stockholm. Hygiea. Nr. 10. (Silas Lindquist.)
94. v. Salis, Erfolgreiche Adrenalinbehandlung bei rezidivierter Osteomalacie. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 46.
95. *Schnell, F., Die Behandlung der Osteomalacie in den letzten 15 Jahren 1898—1912. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 75. Heft 1. p. 179.
96. *Schmid, Hans Hermann, Über dauernde Erweiterung des knöchernen Beckens. 85. Vers. deutsch. Naturf. u. Ärzte in Wien. 23. Sept. Gyn. Rundschau. p. 754.
97. *— Über dauernde Erweiterung des knöchernen Beckens durch Promontoriumresektion. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 44.
98. Schülein, Diskussion zu Jolly (Nr. 55). Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. 13. Juni. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 74. p. 1036.
99. *Sellheim, Diskussion zu Schmid (Nr. 96). 85. Vers. Deutsch. Naturf. u. Ärzte in Wien. 23. Sept. Gyn. Rundschau. p. 754.
100. Slemons, J. Morris, Diskussion zu Knipe (Nr. 62). Soc. of the Alumni of the Sloane Hosp. for w. 24. Jan. Amer. Journ. of Obst. Vol. 67. Nr. 5. p. 988.
101. Shukowa-Florensowa, Ein Fall von Osteomalacie. Journ. akusch. i shensk. bolesn. Jan. (Beschreibung eines sehr schweren, typischen Falles von Osteomalacie (der erste Fall im Gouvernement Jenissei). Adrenalin gab keine Besserung und wurde nicht vertragen.) (H. Jentter.)
102. *Snoo, K. de, Over het vezen en de behandeling van osteomalacie. Nederl. Maandschr. v. Verlosk. en vrouwenz. Jahrg. 2. Nr. 1. p. 1.
103. Späth, Kyphoskoliotische tuberkulöse Patientin, bei der die Sectio caesarea nach Polano ausgeführt wurde. Geb. Ges. zu Hamburg. 26. Nov. 1912. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 170.
104. *Stocker, S., Über Ätiologie und Therapie der Osteomalacie und Rachitis. Korrespondenzbl. f. Schweiz. Ärzte. Nr. 9. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 864.
105. *v. Streit, Diskussion zu Koch (Nr. 63). Niederrhein.-westf. Ges. f. Geb. u. Gyn. 25. Febr. 1912. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Ergänzungsh. p. 358.
106. *Straub, Erich, Zur Frage der Therapie beim engen Becken. Inaug.-Diss. Freiburg i. Br. 1912. 71 p. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 4. p. 185.
107. Taussig, Fred. J., Caesarean section in an achondroplastic dwarf. Amer. Journ. of Obst. Vol. 67. Nr. 2. (144 cm grosse Ipara. Unreiner Fall (seit 41 Stunden kreissend, Temperaturerhöhung, wiederholte Untersuchungen und Zangenversuche vor der Einlieferung), Dehnung des unteren Uterinsegments, C. v. $7^1/_4$ cm. Trotzdem mit Rücksicht auf das lebende Kind Sectio, glatte Heilung. Unter den charakteristischen Zeichen der Achondroplasie (Chondrodystrophia foetalis) hebt Verf. hervor: 1. Eingesunkene Nasenwurzel, 2. Kürze der Röhrenknochen bei normalem Brustkorb, 3. plumpe kurze Mittelhand- und -Fussknochen; 4. glatte faltige Haut, 5. exzessive Entwickelung des Fettpolsters, 6. normale geistige Entwickelung.)

108. *Tuley, H. E., Rupture of the symphysis pubis in labour. Transact. of the Amer. Assoc. of Obst. and Gyn. 26. Annual. Meeting. Providence. Sept. 16—18. Amer. Journ. of Obst. Vol. 68. Nr. 5. p. 852.

109. Utne, Lugolf, Barselfeber og dödsfald paa barselseng. (Wochenbettfieber und Todesfälle im Wochenbette.) Medicinsk Revue. Bergen. p. 439. (Es ist gesagt worden, dass Bergen mehr Wochenbettfieber als das übrige Land hätte. Das sollte davon herrühren, dass die Geburten in Bergen häufiger operativ beendet würden. Eine Untersuchung der offiziellen Statistik zeigt, dass diese Annahme nicht bewiesen ist. In den Jahren 1880—1890 waren die diesbezüglichen Verhältnisse in Bergen schlechter als sonst in Norwegen, sowohl in den Städten wie auf dem Lande. Später ist überall eine Besserung der Mortalität und Morbidität im Wochenbette eingetreten; diese Besserung tritt besonders für Bergen deutlich hervor. Die Verhältnisse sind jetzt ungefähr so wie in den übrigen Städten. Was die Operationsfrequenz betrifft, behauptet Bergen noch immer den führenden Platz mit 10,1 % operativen Entbindungen. Aber auch sonst in Norwegen sind die Entbindungsoperationen häufiger geworden. Während die Operationsfrequenz von 4—5 % in 1888—1890 bis ca. 8 % in 1900—1911 gestiegen ist, ist die Zahl der angemeldeten puerperalen Infektionen bedeutend gesunken. Die offizielle Statistik stützt nicht länger die Annahme, dass in Bergen viel Wochenbettfieber herrscht; auch darf man nicht den Schluss ziehen, dass die puerperale Morbidität mit der Operationsfrequenz gestiegen ist. In der offiziellen Statistik macht sich als Fehlerquelle geltend, dass nicht alle puerperalen Infektionen unter diesem Namen gemeldet werden.) (Kr. Brandt.)

110. Vallois, Diskussion zu Lassale (Nr. 70). Réunion obst. et gyn. de Montpellier. 9 Avril. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris. 2 Année. Nr. 4. p. 362. (Vallois wundert sich, dass Lassale bei einer Ipara gleich den Porro statt des klassischen Kaiserschnittes gemacht hat.)

111. Vercesi, C., Sulla rottura della sinfisi pubica in travaglio di parto. Ginec. Jahrg. 10. Nr. 8. p. 217. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 3. p. 500. (Im neunten Graviditätsmonat traten bei einer 29jährigen rachitischen Ipara Gehstörungen und Spannungsgefühl in der Symphysengegend auf, die etwas geschwollen, druckempfindlich erscheint. C. v. 9 cm. Kind nach misslungenem Zangenversuch perforiert; bei der Extraktion des verkleinerten Schädels wird die Symphyse gesprengt (4 cm breite Diastase). Elastischer zirkulärer Verband, in der dritten Woche Gehfähigkeit wieder hergestellt, nach sieben Monaten solider bindegewebiger Kallus von 1.5 cm Breite. Keine Beschwerden. Ätiologisch zieht Verf. die Erweichung und Erschlaffung des Bandapparates in der Schwangerschaft für die Entstehung der Ruptur heran.)

112. *Wagner, G. A., Chondrodystrophischer Zwergwuchs. Geb.-gyn. Ges. in Wien. 20. Mai. Zentralbl. f. Gyn. 1914. Nr. 7. p. 277.

113. *— Über familiäre Chondrodystrophie. Arch. f. Gyn. Bd. 100. Heft 1. p. 70.

114. Wanner, Diskussion zu Koch (Nr. 63). Niederrhein.-westf. Ges. f. Geb. u. Gyn. 25. Febr. 1912. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Ergänzungsh. p. 357.

114a. Wessinger, John A., A case of flat pelvis, with some interrogations. Physican and Surg. Vol. 35. Nr. 5. p. 215. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 3. p. 242.

115. Wilson, Treatment of obstructed labour. Midland Obst. and Gyn. Soc. Jan. 7. Lancet. Febr. 1. p. 319.

116. Zaborowski, Kaiserschnitt wegen Geburtserschwerung durch vorausgegangene Operation nach Alexander-Adams. Przeglad chir. i gin. Bd. 9. Heft 3. p. 336—338. (Polnisch.) (Vor drei Jahren Alexander-Adams; es hinterblieben zwei Hernien, welche nachträglich operiert wurden. Die Frau lag ein ganzes Jahr im Hospital. Jetzt starke Wehen, Wasserabfluss, Muttermund blieb aber 24 Stunden lang unverändert: unteres Uterinsegment gedehnt. Erstgebärende: Steisslage, kein Fieber, also Kaiserschnitt. Erst nach dem Kaiserschnitte erfuhr Zaborowski, dass man früher bei dieser Frau die Portio vaginalis uteri amputiert hatte.) (v. Neugebauer.)

117. Zickel, G., Seltene Art des Kaiserschnittsbeckens. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 36. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 37. p. 2072. (Beckenverengerung durch einen tuberkulösen Drüsentumor, wie die Untersuchung des beim Kaiserschnitt exstirpierten Drüsenpaketes ergab.)

118. Zikmund, E., Zwei Fälle von Osteomalacie. Demonstrat. in der Ges. der böhm. Ärzte in Prag. Casopis lékarno ceskych. Nr. 1. p. 23—25. (Tschechisch.) Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 864.

119. *Zuntz, L., Stoffwechselversuche bei Osteomalacie. Arch. f. Gyn. Bd. 99. p. 145.

Ausführliche Bearbeitung hat im Berichtsjahre vor allem das Kapitel Osteomalacie gefunden. de Inos (56) weist darauf hin, dass häufig initiale Knochenschmerzen falsch gedeutet und entweder als hysterische Syndrome oder antichirurgisch behandelt werden, bis der Befund am Becken vielleicht zur richtigen Diagnose führt. An Hand von fünf Fällen äussert sich Verfasser auch zu den verschiedenen therapeutischen Vorschlägen. In zwei Fällen hatte die Kastration vollkommenen Erfolg, nachdem in einem derselben Pituitrin ohne jeden Einfluss geblieben war und Adrenalin zwar die Schmerzen prompt beseitigt, dabei aber so bedrohliche Allgemeinerscheinungen gemacht hatte, dass von einer weiteren Verabreichung des Mittels Abstand genommen werden musste. Gute subjektive Erfolge wurden meist mit Phosphorlebertran erzielt. In Norwegen ist die Osteomalacie sehr selten, wie Brandt (8) hervorhebt. Bis 1896 sind nur fünf sichere Fälle publiziert, seitdem zwei weitere, über die der Verfasser berichtet. Die primäre Ursache der Osteomalacie sieht Brandt in einer Dysfunktion der Ovarien, die beste Therapie ist die Kastration.

Brandt (9): In Norwegen sind in 35 Jahren früher nur fünf sichere Fälle von Osteomalacie bekannt. — Verfasser referiert zwei weitere Fälle, die ausführlich beschrieben werden. — Bei dem einen Falle, einer 32jährigen Schwedin, die seit mehreren Jahren in Norwegen wohnhaft war, entwickelte sich die Krankheit im Laufe von $8^1/_2$ Jahren. In der Zeit machte sie zwei Geburten durch, die beide normal verliefen. Die Symptome der Krankheit hatten doch schon in der ersten Schwangerschaft angefangen, Gefühl von Schwäche in den Beinen und den Armen; in der zweiten Schwangerschaft Schmerzen sowohl in den Beinen und den Rippen als auch im Bauche. Es gesellten sich ein Blasenkatarrh und später Albuminurie und schwere Anämie dazu, und diese letzten Krankheiten scheinen längere Zeit hindurch die Diagnose erschwert zu haben. Die Knochenveränderungen schritten immer weiter. Die Frau wurde kleiner (die Kleider zu lang). Als sie schliesslich in der Frauenklinik $4^1/_2$ Jahre nach der letzten Geburt aufgenommen wurde, konnte ihr eine Oophorektomie nur als letzte Chance angeboten werden. Die Operation verlief glatt, und es zeigten sich in den ersten Tagen deutliche Zeichen einer Besserung; aber nach 8 Tagen wurde sie ohne frühere bedrohliche Zeichen soporös und starb. — Keine Sektion. — Bei der zweiten Patientin, einer 27jährigen III para, entwickelte sich die Krankheit in drei Jahren. Sie fing in der ersten Schwangerschaft an. Die Symptome, Schmerzen in der Hüfte, so dass sie hinkte, liessen nach der spontanen Geburt eines ausgetragenen, aber toten Kindes nach; es zeigte sich aber, dass das Becken schon gelitten hatte, indem die zweite Geburt 24 Stunden dauerte, trotzdem das Kind klein war. — Die Symptome waren in der zweiten Schwangerschaft wieder eingetreten und verschwanden nicht mehr. In der dritten Schwangerschaft wurden sie immer schlimmer, es traten Spontanfrakturen ein, und das Becken zeigte eine typische osteomalacische Form, so dass bei dem Eintritt der Wehen Kaiserschnitt (Porro) gemacht wurde. — Geheilt entlassen. — Das zweite Kind war lebend geboren, starb aber 11 Monate alt an Rachitis und Krämpfen. — Das dritte Kind lebte bei der Entlassung.

Unter der weiteren Besprechung der Diagnose, Pathogenese und Behandlung der Krankheit erörtert Verfasser auch die ähnliche Krankheit bei den Haustieren. Dieselbe ist in Norwegen keine Seltenheit, hat aber mit der Osteomalacie der Frauen nur das äussere Bild gemeinsam. (Kr. Brandt.)

Kahrs (59): In der Gebäranstalt zu Bergen (Norwegen) kamen unter 4606 Gebärenden in den Jahren 1895—1911 176 enge Becken vor. — 82 mal wurde künstliche Frühgeburt eingeleitet = 46,6 $^0/_0$ der engen Becken. — Es handelte sich um 43 verschiedene Frauen, die sämtliche früher geboren hatten, und die bei diesen Geburten 54,9 $^0/_0$ tote Kinder gehabt hatten. Bei 3 Frauen wurde die Operation bzw. 6, 7, 8 mal gemacht, bei 2 4 mal, bei 3 3 mal, bei 9 2 mal, bei 26 einmal. — Die Conj. diag. waren bei 1: 71—80 mm, bei 20: 81—85 mm, 15:

86—90 mm, 39: 91—100 mm, 3 über 100 mm, bei 4 unbekannt. — Alle Frauen blieben am Leben, von den Kindern starben 17,1 %. Die Methode war Wassereinläufe und Bougies. Von der ersten Dusche gerechnet dauerte die Geburt durchschnittlich 94 Stunden, einmal 12 Tage. — Es kamen zweimal Ruptura uteri vor. — In 17,1 % waren die Wochenbetten febril. — Es wurde in diesen Jahren in der Anstalt Beckenspaltung oder Kaiserschnitt nicht gemacht. — Bei der relativ kleinen Sterblichkeit der Kinder und der guten Prognose für die Mütter findet Verfasser die Operation berechtigt in geeigneten Fällen.

(Kr. Brandt.)

Meurer (77) stellt eine 57jährige Patientin vor, die an Osteomalacie leidet; II para; jüngstes Kind 24 Jahre alt. Seit 3 Jahren Beschwerden, Schmerzen im Kreuz, im Bein, Störungen im Laufen. Keine Schmerzen beim Liegen oder Sitzen. Patientin wird kleiner. Das linke Bein ist kürzer und dünner als das rechte; keine Paresen. Beckenausgang verengt, Arcus pubis verkleinert; schnabelförmige Symphysis. Genitalien normal. Therapie: Phosphor.

V. d. Horn - v. d. Bos hat Bedenken gegen Phosphor; er meint, dass dies ohne Nutzen sei und fürchtet Gefahr für Vergiftung und Kiefernekrose, wie er dies bei einem 17jährigen Mädchen mit Osteomalacie sah.

De Snoo ist der Ansicht, dass man es hier nicht mit Osteomalacie, sondern mit Rachitis tarda zu tun habe; er folgert dies aus den vorhandenen Beinverkrümmungen, die bei Osteomalacie nicht vorkommen, wie er in fünf eigenen Fällen beobachten konnte. Der eine Fall betraf eine Patientin, die erfolglos mit Phosphor, Pituitrine und Adrenalin behandelt worden war, und bei der schliesslich Kastration Erfolg hatte. Er meint, dass Osteomalacie ein Symptom einer konstitutionellen Krankheit sei, die vor allem in denjenigen Knochen auftrete, die am blutreichsten sind. Durch die Kastration falle der Kongestion erregende Reiz weg. (Mendes de Leon.)

Eine sehr interessante Abhandlung über die Rachitis und Osteomalacie in Japan stammt von Ogata (80). Die Erkrankung ist ja im allgemeinen in Japan unbekannt. Seit 1906 kommt nun aber in einem ganz begrenzten Bezirk eine endemisch auftretende Knochenerkrankung vor, die als Rachitis und Osteomalacie gedeutet wird. Eine scharfe Abgrenzung der beiden Erkrankungen existiert dabei nicht. Verfasser selbst hat 240 Fälle in verschiedenstem Lebensalter genau untersucht. Bei kleinen Kindern, Knaben wie Mädchen, finden sich als Zeichen der Erkrankung: grosser Kopf, Skoliose, Thoraxverkrümmungen, verdickte Handgelenke, Druckschmerzhaftigkeit der Diaphysen, in höheren Graden die bizarrsten Verbiegungen. Am Becken treten erst, wenn die Kinder sitzen und stehen können, die charakteristischen Veränderungen auf. — Bei einer zweiten Gruppe tritt die Erkrankung erst im Pubertätsalter auf und befällt ausschliesslich die Mädchen. Die Körpergrösse bleibt zurück, Ostalgien treten auf, die in engem Zusammenhange mit der Menstruation stehen, das Becken wird am frühesten und intensivsten befallen. Die Beschreibung der Veränderungen stimmt mit denen des klassischen osteomalacischen Beckens genau überein. Die Menstruation tritt übrigens bei den Osteomalacischen etwas verspätet ein. Endlich tritt die Osteomalacie in ganz typischer Weise auch bei verwachsenen Frauen, die vielleicht schon geboren haben, auf. Trotz hochgradiger Beckenverengerung waren gerade bei den ausgesprochensten Fällen die Geburten immer leicht, da die räumliche Beschränkung durch die Weichheit und Nachgiebigkeit der Knochen kompensiert wurde.

Auch in den Niederlanden ist die Osteomalacie sehr selten. Nach Snoo (102) sind bis 1908 nur vier Fälle publiziert, denen erst fünf weitere hinzugefügt, gleichzeitig der Meinung Ausdruck gebend, dass die Erkrankung in Wirklichkeit doch häufiger vorkäme, aber nicht richtig erkannt würde. Das gilt besonders für die leichteren Fälle.

Stocker (104) sieht die Ursache der Osteomalacie in einer vermehrten Tätigkeit der Ovarien. Er versuchte diese Ansicht experimentell dadurch zu beweisen, dass er Tieren die inneren Sekrete der Ovarien in erhöhtem Masse zuführte. Kaninchen erwiesen sich freilich dafür als ungeeignet. Dagegen gelang es beim Kalb und männlichen Hund durch homoioplastische Ovarien- bzw. Hodentransplantationen den Stoffwechsel derart zu beeinflussen, dass die Knochen weich blieben. Die Ossifikationsvorgänge wurden gehemmt, die Veränderungen glichen ganz denen der Rachitis und Osteomalacie. Therapeutisch hat Verfasser in zwei Fällen guten Erfolg von der Verabreichung der Milch kastrierter Kühe gesehen.

Einen interessanten Heilerfolg bei Osteomalacie durch Pituitrin hatte C. Koch (63) erzielt, wobei die Patientin im ganzen 186 ccm Pituitrin erhalten hatte, ohne dass je Nebenerscheinungen auftraten. Die Patientin war völlig hilflos in die Klinik eingeliefert worden, bemerkte bereits nach 14 ccm eine bedeutende Besserung der Knochenschmerzen, nach 24 ccm konnte sie sich spontan aufsetzen, nach 40 ccm auf Krücken gehen und wenige Tage später ohne solche sich fortbewegen. Ob dieser eklatante Erfolg ein Dauererfolg sein würde, lässt sich natürlich nicht sagen. Für schwere Fälle dürfte die Kastration immer das letzte sicher heilende Mittel bleiben (von Streit [105]). Dietrich (21) weist darauf hin, dass anscheinend öfters eine Osteomalacie durch die verschiedensten Mittel zur Heilung gebracht werden kann; so hat er selbst in mehreren Fällen mit hohen Phosphordosen vollkommenen Erfolg erzielt.

Schnell (95) hat aus den letzten 15 Jahren im ganzen 334 Fälle von Osteomalacie zusammengestellt und kommt in seinem kritischen Sammelreferat zu dem Ergebnis, dass in dieser Zeit die Kenntnis vom Wesen der Osteomalacie doch manche Förderung erfahren habe. Von der einseitigen Ansicht einer Überfunktion der Keimdrüsen sei man abgekommen und betrachte heute die Osteomalacie als eine Störung im Gesamtstoffwechsel und der Korrelation der endokrinen Drüsen; freilich fehlen alle weiter gehenden Kenntnisse über den feineren Zusammenhang. Wahrscheinlich kann die Unordnung in der normalen Selbststeuerung bald von dem einen, bald von dem anderen Gliede des ganzen Systems ausgehen und daraus erklärt sich auch die merkwürdige Tatsache, dass ein Mittel in dem einen Falle glänzend wirke, das in dem nächsten völlig versage.

Interessante Untersuchungen über die Azidität des Blutes bei Osteomalacie haben Novak und Porges (79) angestellt. Sie fanden bei 11 Fällen von Osteomalacie eine erhöhte Azidität des Blutes. Allerdings betonen die Autoren selbst, dass der Säuerung des Blutes eine ätiologische Rolle für die Osteomalacie wohl nicht zukomme, da auch bei normalen Graviden öfters eine erhöhte Acidosis besteht, so dass diese wahrscheinlich nur ein Begleitsymptom der Gravidität wie der Osteomalacie darstellt. Gegen die ursächliche Bedeutung der Acidosis spricht auch die Einflusslosigkeit der Zufuhr von Alkalien auf den Verlauf der Osteomalacie.

Ausführliche Stoffwechselversuche hat Zuntz (119) bei zwei Fällen von Osteomalacie vorgenommen. Einer der Fälle betraf eine typische puerperale, der andere eine nicht puerperale Osteomalacie. Im ersten Falle wurde eine Radikaloperation, im zweiten die Kastration vorgenommen. Die Stoffwechseluntersuchungen wurden vor, kurz nach und längerer Zeit nach der Operation vorgenommen. Auf die Einzelheiten der interessanten wertvollen Versuche kann hier nicht eingegangen werden. Der Verfasser kommt auf Grund derselben zu dem Ergebnis, dass jedenfalls die endokrinen Drüsen bei der Entstehung der Osteomalacie eine grosse Rolle spielen. Wegen der ausgezeichneten Erfolge der Kastration muss in erster Linie an das Ovarium gedacht werden. Grössere Bedeutung kommt vielleicht auch Störungen im Schilddrüsenstoffwechsel zu. Der respiratorische Gaswechsel zeigte Werte an der unteren Grenze des normalen, wonach ein Hyperthyreoidismus mit Sicherheit auszuschliessen ist. Der Eiweiss-

stoffwechsel zeigt kein charakteristisches Verhalten. Über den Mineralstoffwechsel hat auch Zuntz keine allseitig befriedigenden Ergebnisse erlangen können. Die Phosphorsäure zeigt eine hohe prozentische Ausscheidung durch den Kot, die durch die Kastration herabgesetzt wird, der Kalkstoffwechsel zeigt ein sehr wechselndes Verhalten. Viel Kalk wird mit dem Kot ausgeschieden, auffallend wenig durch den Harn; in dem einen Falle war der Harn sogar kalkfrei.

Jul. Bauer (4) hatte Gelegenheit, einen der seltenen Fälle von Kombination der Tetanie und Osteomalacie zu beobachten. Es handelte sich um eine 27jährige Frau, die ohne auffindbaren äusseren Anlass (keine Gravidität) erkrankte. Die Osteomalacie wurde auch durch zwei nachfolgende Graviditäten in keiner Weise beeinflusst. Der ursächliche Zusammenhang beider Krankheitsbilder konnte dadurch klar erwiesen werden, dass das Auftreten und Verschwinden der Symptome beider Erkrankungen durchaus parallel ging. Verfasser erblickt die Ursache derselben in einer Gleichgewichtsstörung im ganzen System der endokrinen Drüsen, die bald von der einen, bald von der anderen Drüse ihren Ausgang nimmt, womit sich auch die eklatanten Erfolge verschiedener hormonaler Mittel erklären lassen.

Über den Geburtsverlauf und die Therapie beim engen Becken sind im Berichtsjahre eine Anzahl grösserer Arbeiten erschienen.

Das grösste Material dieser Art, 2000 Geburten beim engen Becken der Basler Frauenklinik, wird von Cuny (15) mitgeteilt. Das Material dürfte allerdings viele Fehler aufweisen, da vielfach nur die Conjugata externa als Kriterium der Einreihung unter enge Becken benützt wurde. Alles was 18 cm und darunter ergab, wurde unter „enges Becken" subsumiert. Nur bei 500 Fällen wurde die innere Ausmessung mit dem Conjugatenmesser von Farabeuf - v. Herff vorgenommen. Entsprechend dem bekannten Standpunkt v. Herffs wurde, wo immer angängig die „kausale Therapie mit Hilfe der künstlichen Frühgeburt" angewandt und dadurch erreicht, dass in 88,7% aller Fälle von engem Becken eine Spontangeburt erfolgte. Die hohe Einschätzung des kindlichen Lebens wird von v. Herff verworfen. 160 Fälle kamen für die künstliche Frühgeburt in Frage. Die Indikation zu derselben wurde gestellt nach Vornahme eines Impressionsversuches, Abtastung des kindlichen Kopfes und Beckenaustastung. Besondere Wichtigkeit wird auch dem sog. „Rückenkopfmass", der grössten Entfernung zwischen Kopfwölbung und Grube der Spina des 5. Lendenwirbels im Verhältnis zur Conjugata externa beigelegt. Es ergaben sich folgende allgemein gültige Regeln: Ist das Rückenkopfmass (RK) gleich oder kleiner als die Conjugata externa, dann tritt der Kopf ein, ist RK 1 cm grösser als die Externa, so kann der Kopf in Hängelage passieren, bei 2 cm Unterschied ist auch das unwahrscheinlich, bei 3 cm Unterschied ist der Eintritt des Kopfes auch in Walcherscher Hängelage sicher unmöglich. Im einzelnen ergab sich folgende Statistik: 1907—1909 kamen unter 10289 Geburten 1368 enge Becken zur Beobachtung, 1910 bis Mitte 1913 kamen 668 Geburten beim engen Becken vor, im ganzen also 2036, von denen 1663 = 80,7% spontan verliefen. Kinderverlust 3,7%. Die obengenannte kausale Therapie wurde für die schwersten Fälle reserviert. Dabei ergaben sich im einzelnen folgende Resultate: Unter allen Fällen wurde 25mal = 5,8% gewendet; 1 mütterlicher Todesfall, 18,3% Kinderverlust. 71 Geburten = 5,1% wurden mit der Zange beendet, 15,3% Kinderverlust, von denen 2 Fälle der hohen Zange zur Last fallen, die im ganzen 26mal angelegt wurde. Die hohe Zange gilt als letztes Mittel der exspektativen Geburtsleitung vor der Perforation. Die Kraniotomie bzw. Embryotomie musste 28mal (!) ausgeführt werden, allerdings niemals am lebenden Kind. — Bei 126 eingeleiteten Frühgeburten kamen 86,2% der Kinder lebend zur Welt, 28% wurden lebend entlassen. — 87% der Frühgeburten verliefen spontan. Als Methode der Frühgeburtseinleitung kam überwiegend der Blasenriss in Anwendung. Alles in allem ist also die künstliche Frühgeburt ein in jeder Beziehung berechtigter, segens-

reicher Eingriff, dessen Ausmerzung einen Rückschritt bedeuten würde. Hebosteotomien wurden 8 = 0,5%, Kaiserschnitte 12 ausgeführt. — Gesamtergebnis der Geburtsleitung beim engen Becken: kindliche Mortalität 8,2%, mütterliche 0,5%, Morbidität 22%, wovon noch einige Abzüge gestattet wären, durch die sich die Ziffern auf 7,8% — 0,09% — 15,7% reduzieren.

Wesentlich dasselbe Material mit denselben Resultaten behandelt eine Monographie von Labhardt (69).

Auch Ponfick (85) tritt warm für die künstliche Frühgeburt ein. Verfasser hat unter 2100 Geburten 42 Fälle von engem Becken mit einer Conjugata vera unter 9 cm beobachtet und darunter in 15 Fällen die künstliche Frühgeburt eingeleitet. Davon wurden ohne mütterlichen Todesfall 11 Kinder lebend geboren, 9 lebend entlassen. Ebenso tritt Remy (86) für die künstliche Frühgeburt ein, ohne den Kaiserschnitt aus relativer Indikation zu verwerfen.

In ganz anderen Bahnen bewegt sich Dührssen (24). Die künstliche Frühgeburt ist ebensowenig berechtigt wie die Perforation eines lebenden Kindes oder eines toten, das infolge der exspektativen Geburtsleitung abgestorben ist, da wir über chirurgische Methoden verfügen, die bessere Resultate ergeben. Für sicher aseptische Fälle empfiehlt sich vielmehr in allen solchen Fällen der klassische Kaiserschnitt, am besten schon im Beginn der Eröffnungsperiode. Bei infizierten oder infektionsverdächtigen Fällen kommt der retroperitoneale Weg in Frage. Unter allen einschlägigen Methoden empfiehlt Verfasser besonders die Solmssche Methode, weil sie eine sicher extraperitoneale Durchführung der Operation ermöglicht. Ausserdem soll die Operation unter Anwendung des Metreuryntersschnittes mit Leichtigkeit im Privathause auszuführen sein. Für das Handeln des Praktikers stellt Dührssen folgende Leitsätze auf: 1. Innere Untersuchungen, auch seitens der Hebamme, sind beim engen Becken nur mit sicher aseptischer (behandschuhter) Hand vorzunehmen. — 2. Schwangere oder Gebärende mit einem Becken von 8 cm Conjugata vera oder darunter sind der Klinik zu überweisen oder mindestens ist ein Fachgynäkologe zuzuziehen. — 3. In den übrigen Fällen geringerer Beckenverengerung ist, falls nicht bereits eine frühere Geburt die Gebärunmöglichkeit ergeben hat, abzuwarten. Nur bei eintretender Gefahr ist wie unter 2 zu verfahren. — 4. Bei solchem Verhalten muss die Perforation besonders des lebenden Kindes allmählich gestrichen werden.

Ribas (87) lehnt ebenfalls die künstliche Frühgeburt, die prophylaktische Wendung und die hohe Zange sowie die Perforation des lebenden Kindes ab. Die Symphyseotomie ist nur bei reinen Fällen und zwar nur bei Mehrgebärenden zu empfehlen. Die Porrosche Operation hält Verfasser für überflüssig, seit wir die extraperitonealen Kaiserschnittsmethoden haben.

Die Schwierigkeiten der Prognosenstellung beim engen Becken betont Ferré (38), wobei er eine ganz merkwürdige Auffassung über die Möglichkeit der Spontangeburt äussert. Bei engen Becken, mit einer Conjugata vera unter 9 cm ist dieselbe nur dadurch möglich, dass der Kopf frühzeitig ins Becken eintritt und nun hier gewissermassen eingeklemmt wird, wodurch er gleichzeitig gezwungen wird, sich den Raumverhältnissen allmählich anzupassen.

Feissly (37) beschreibt das heute in der Frauenklinik Lausanne übliche Vorgehen beim engen Becken.

Bei einer Conjugata vera unter 5 cm: Kaiserschnitt,
„ „ „ „ von 5—7 cm: „ oder Perforation,
„ „ „ „ „ 7—9 cm: spontane Geburt in 80% der Fälle; in den übrigen 20% kamen folgende Verfahren zur Anwendung:

1. Prophylaktische Wendung bei Multiparen, stehender Blase und völlig erweitertem Muttermund. Die Methode wurde in 4,35% der Fälle angewendet. Mütterliche und kindliche Mortalität 0.
2. Künstliche Frühgeburt, angewendet in 3 Fällen (= 6,5%). Mortalität für die Mutter 0, Kinder 75%!

3. Hohe Zange, angewendet in 8,69 % der Fälle ohne mütterlichen oder kindlichen Todesfall.
4. Perforation (einmal).
5. Kaiserschnitt aus relativer Indikation (10,86 % der Fälle): 0 Mortalität für Mütter und Kinder.
6. Beckenerweiternde Operationen in 10,86 % der Fälle (= 5 Fälle): ein kindlicher, kein mütterlicher Todesfall.

Esch (29, 30) hat sich der Aufgabe unterzogen, aus der Literatur und den Geburtsgeschichten der Marburger Klinik alle normalen Schädellagen bei Becken mit einer Vera von 6,5—10 cm zusammenzustellen — im ganzen 4167 Fälle —, um daraus allgemein gültige Schlüsse über den Einfluss des platten Beckens auf die Geburt bei normaler Haltung des Schädels abzuleiten. Es ergab sich: zwischen Erst- und Mehrgebärenden besteht nur insofern ein geringer Unterschied zu gunsten der letzteren, als die geringeren Weichteilschwierigkeiten die Aussichten für die Kinder etwas besser gestalten. Sonst besteht eher eine geringe Verschiebung zu gunsten der Erstgebärenden. Im einzelnen fand Esch, dass 3647 (87 %) der Kinder spontan den Beckeneingang passierten und lebend zur Welt kamen, und zwar bei einer Conjugata vera von 9,8 cm: 96,2 %; 9,5 cm: 91,1 %; 8,5 cm: 74,7 %; 7,0 cm: 14,9 %. Aus diesen Zahlen hat Verfasser instruktive Kurven berechnet, die für jeden Grad der Beckenge die Geburtsaussichten abzulesen erlauben und namentlich dem Allgemeinpraktiker gute Fingerzeige für das therapeutische Verhalten geben können. Die Arbeit bietet übrigens auch sonst eine Fülle interessanter Details, auf die hier nicht eingegangen werden kann.

Ein kausale Therapie des engen Beckens würde, falls die Erfolge dauernde sind, die von Rotter vorgeschlagene, von H. H. Schmid zum ersten Male an der Lebenden ausgeführte Promontoriumresektion darstellen. Beide Autoren haben im Berichtsjahre über weitere Erfahrungen mit ihrer Methode berichtet. Schmid (86, 87) hat inzwischen 8 Fälle operiert, bei einem erfolgte ein Jahr nach der Operation eine Spontangeburt bzw. es wurde wegen Nabelschnurvorfall gewendet und extrahiert, was ohne Schwierigkeit gelang. Gleich Schmid betont Rotter (89, 90), der inzwischen auch an der Lebenden Erfahrungen gesammelt hat, dass die Erweiterung des Beckens wohl eine dauernde sein dürfte, da durch die Wegnahme des Periost eine Kallusbildung wohl verhindert würde. Sellheim (99) trägt insofern Bedenken gegen die Operation, als ihm eine Veränderung der statischen Momente nicht gleichgültig scheint. Dieselben Bedenken hat Gerstenberg (46, 47) und will im übrigen die Operation auf Becken mit einer Conjugata vera über 8,5 cm beschränkt wissen. Besonders geeignet dürfte sie in Verbindung mit der künstlichen Frühgeburt sein. (Vergl. auch im vorigen Jahresbericht Rotters und H. H. Schmids erste Publikationen zu dieser Frage.)

Straub (99) gibt in seiner Dissertation den Standpunkt der Freiburger Klinik wieder. Beckenspaltende Operationen werden bei Erstgebärenden abgelehnt, bei Mehrgebärenden nur dann vorgenommen, wenn keine Gefahr für das Kind besteht und der Kopf soweit ins Becken vorgerückt ist, dass bei einer mässigen Erweiterung eine Spontangeburt mit Sicherheit zu erwarten steht. Ergibt sich nachträglich noch die Notwendigkeit operativer Beendigung der Geburt, so darf die Zange erst angelegt werden, wenn der Kopf ins Becken eingetreten ist. In allen übrigen Fällen wird der Kaiserschnitt gemacht.

Tully (108) sprach im Anschluss an einen selbst beobachteten Fall über die Symphysenruptur. Seiner Meinung nach ist am häufigten eine falsch angelegte oder an einen zu grossen Kopf angelegte Zange bzw. ein Fehler in der Zugrichtung für die Ruptur verantwortlich zu machen. Die Therapie besteht in einem einfachen Heftpflasterverband.

Eine Reihe von Arbeiten befassen sich mit seltenen Beckenformen.

Breus (10) sieht als Ursache der Ottoschen Protrusion des Pfannenbodens eine lokalisierte destruktive Entzündung im knöchernen Boden des Acetabulum an, nach dessen Zerstörung das Gelenk nur durch entzündlich verändertes Periost von der Beckenhöhle getrennt wird. Unter Vorwölbung des schwieligen Periost dringt aber gleichwohl der Femurkopf tief gegen das Becken vor. Vom Periost her wird nach Ablauf der Entzündung ein neuer knöcherner Pfannenboden gebildet, der aber dauernd gegen die Beckenhöhle durch den eingesunkenen Femurkopf vorgewölbt bleibt. Solche echte Ottosche Protrusionsbecken sind bisher 13, davon 4 bei Männern, beschrieben, sechsmal mit doppelseitiger Protrusion. Möglicherweise handelt es sich um eine gonorrhoische Arthritis.

Jolly (57) behandelt die Frage der Geburt beim schiefen Becken. Es gibt deren drei Arten: 1. das Nägelesche Becken mit Verknöcherung des Ileosakralgelenks infolge Entzündung oder mangelhafter Anlage. 2. Das skoliotisch-rachitische Becken, bei dem sich infolge tiefsitzender Skoliose der Lendenwirbelsäule auch das Kreuzbein dreht und das Becken verschiebt. 3. Das koxalgische Becken. Der Geburtsmechanismus ist bei allen drei Formen der gleiche. Die Verengerung betrifft das ganze Becken. Die engständige Einstellung des Hinterhauptes ist bei erheblichem räumlichem Missverhältnis die günstigere, weil dabei der biparietale Durchmesser des Kopfes in den grösseren Schrägdurchmesser zu stehen kommt. Der fronto-okzipitale Durchmesser wird durch die starke Flexion des Kopfes für den Geburtsmechanismus ausgeschaltet. Die Hauptsache ist wohl immer, dass sich das Hinterhaupt im Beckeneingang senkt und nach vorn dreht.

v. Franqué (42) gibt eine eingehende Beschreibung von zwei Spaltbecken. Der erste Fall betraf eine 22jährige Frau, die früher stets beschwerdefrei seit ihrer ersten, Januar 1912 durch Forzeps vollendeten Geburt einen grösseren Prolaps hat. An Stelle der Symphyse ein 2 cm breiter Spalt, der sich bei extremer Abduktion der Beine auf 6 cm erweitern lässt. Keine Diastase der Rekti, keine Missbildung. Im Röntgenbilde fanden sich typische Zeichen der von Breus-Kolisko beschriebenen zweiten Form des Spaltbeckens. — Im zweiten Fall von Beckenspalte fand sich gleichzeitig eine breite Diastase der Mm. recti mit gleichzeitiger Verdoppelung der inneren Genitalien.

Bachrach (1) gibt eine ausführliche Beschreibung der in der Heidelberger Frauenklinik vorhandenen Assimilationsbecken, wobei er die von Breus und Kolisko gegebene Darstellung der Genese bestätigt. Hohe und asymmetrische Formen überwiegen bei weitem, ein erheblicher Prozentsatz wird allerdings durch Vereinigung der verschiedenen Formen gebildet. Auffallend ist, dass an mehreren Becken Entwickelungsfehler zu konstatieren sind, z. B. hat einmal eine Vereinigung der Wirbelbogen nicht stattgefunden oder sie sind schwach ausgebildet, oder auch der Hiatus sacralis beginnt in abnormer Höhe. Alle diese Missbildungen dürften als mit der Assimilation zusammenhängende Erscheinungen alterierten Wachstums aufzufassen sein. In der Einteilung dürfte es nach Ansicht des Verfassers zweckmässig sein, die besonders aufgestellten Gruppen querverengtes und mitten plattes Becken unter die Hauptgruppe hoher Assimilationsbecken einzuordnen.

G. A. Wagner (112, 113) stellte in der Wiener gynäkologischen Gesellschaft einen interessanten Doppelfall von familiärer Chondrodystrophie vor. Das Becken der Mutter zeigte die typischen Merkmale der chondrodystrophischen Zwergin, das durch Kaiserschnitt entwickelte Kind deutlich die Zeichen der Mikromelie. Für das Zustandekommen der für Chondrodystrophie typischen Veränderungen sind nach Wagner zweierlei gleichzeitig wirkende Ursachen anzunehmen. Erstens eine Behinderung der normalen enchondralen Knochenbildung infolge Störung des normalen Ineinandergreifens der für die Knochenbildung in Betracht kommenden endokrinen Drüsen, voran wohl der Keim-

drüse (Hypergenitalismus): zweitens mechanische Behinderung des Längenwachstums der Knochen durch Muskelzug, der seinerseits durch die hypertrophische Entwickelung der Muskulatur als Folge einer Hyperfunktion der Keimdrüse hervorgerufen wird. Diese kurzen Schlussbemerkungen des Autors mögen als Hinweis auf diese interessante gründliche Arbeit genügen, die noch eine Fülle neuer Ausblicke eröffnet.

B. Störungen bei der Geburt der Plazenta.

1. Agazzi, A., Relation of adhesions of the placenta to the development of the fetus. Ann. di ost. e gin. June. Ref. Amer. Journ. of Obst. Vol. 68. Nr. 4. p. 790.
2. Alletsu, E., Über Indikation und Prognose der manuellen Plazentarlösung. Inaug.-Diss. München 1912. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1828.
3. *Alsberg, Paul, Zur Therapie der puerperalen Uterusinversion. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 23. p. 1102. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1460.
4. Altkaufer, Vorstellung einer Frau mit Uterusinversion, bei welcher die Piccolioperation beabsichtigt war. Gyn. Sitzungen der Warschauer ärztl. Ges. Bd. 7. Heft 3. p. 371. Ref. Gyn. Rundschau. p. 742.
5. Armytage, V. B. Green, Retained placenta due to implantation in a sacculus or horn of the uterus. Manual removal. Rupture of the uterus. Hysterectomy and death. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 24. Nr. 3. p. 172. (24jährige Bengalin, IIgravida mens. VII. Glatte Frühgeburt. Plazenta nach vergeblicher Expression zwei Stunden später manuell gelöst, fand sich in einer Art Ausladung im linken Uterushorn. Beim Versuch der Lösung Ruptur. Trotz sofort vorgenommener Laparotomie Exitus an Anämie. An der Rupturstelle starke Verdünnung der Wand (3 mm). Mikroskopisch hier starke Verdünnung der Muskulatur, Einwucherung von Deciduazellen. Bisher sind 38 Fälle von Ruptur bei manueller Plazentarlösung beschrieben. Da die Patientin im ersten Wochenbett eine schwere Pyämie durchgemacht hatte, nimmt Verf. an, dass an der Rupturstelle ein metritischer Abszess gesessen habe und deshalb hier eine Ausladung entstanden sei.)
6. *Aschner, B., Über vorzeitige Plazentarlösung bei normalem Sitz. Verein der Ärzte in Halle a. S. 10. Dez. Münchn. med. Wochenschr. 1914. Nr. 7.
7. *— Zur Lehre von der vorzeitigen Plazentarlösung. 85. Vers. deutsch. Naturf. u. Ärzte in Wien. 22. Sept. Gyn. Rundschau. p. 715.
8. *Aymerich, G., Sulle cisti coriali della placenta. Folia gynaecol. Vol. 8. Nr. 2. p. 269. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. p. 32.
9. Aytoury, J., Inversio uteri. Lancet. Dec. 7. 1912. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 1. p. 38.
10. Ballerini, G., Klinische Erfahrungen über die frühzeitige Ablösung der normal sitzenden Plazenta. Geb.-gyn. Ges. der Marcken u. d. Emilia (Italien). 16. März. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Ergänzungsh. p. 390.
11. Bar, P., Die chirurgische Behandlung der Schwangerschafts-, Geburts- und Nachgeburtsblutungen. Gyn. Rundschau. p. 163.
12. — Surgical treatment of hemorrhage of pregnancy, labour and puerperal state. Arch. mens. d'obst. et de gyn. Oct. 1912.
13. Baumm, Diskussion zu Küster (Nr. 51). Gyn. Ges. in Breslau. 21. Jan. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. p. 520.
14. Béhague, A., Deux cas d'inversion utérine d'origine différente. Journ. de méd. de Paris. Tome 33. p. 263. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 1. p. 491.
15. *Beneke, Diskussion zu Aschner (Nr. 6). Verein der Ärzte in Halle a. S. 10. Dez. Münchn. med. Wochenschr. 1914. Nr. 7. p. 385.
16. Berggren, S., Ein Beitrag zur Kenntnis der vorzeitigen Ablösung der normal sitzenden Plazenta. Hygiea 1912. Ref. Gyn. Rundschau. p. 301.
17. Bierer, J., Credéscher Handgriff und Uterusinversion. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 21. p. 1002. (Fall von totaler Inversion durch Credéschen Handgriff. Tod zwei Stunden später, wahrscheinlich an Verblutung.)
18. Brunner, Georg, Blutung post abortum und post partum. Med. Klinik. Nr. 44.
19. Bué, V., Un cas d'hémorrhagie rétroplacentaire à marche insidieuse. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris. 2 Année. Nr. 7. p. 646. (Vorzeitige Lösung der normal

sitzenden Plazenta im achten Graviditätsmonat. Die Blutung hatte zwar den Tod des Kindes zur Folge, war aber sonst zu gering; das Allgemeinbefinden der Mutter, bei der eine ganz geringe äussere Blutung auftrat, wurde nicht gestört.)

20. Clivio, J., A proposito di tre casi gravi emorragie post partum. Boll. d. clin. Anno 30. Nr. 9. p. 395. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 3. p. 548.

21. Colle, P., und J. Colle, Inversion utérine. Réduction manuelle après deux mois. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris. 2 Année. Nr. 3. p. 195. (Inversion vor zwei Monaten durch Zug an der Nabelschnur seitens der Hebamme entstanden. Die manuelle Reinversion gelang relativ leicht.)

22. Couvelaire, Traitement chirurgical des hémorrhagies par décollement du placenta normalement et vicieusement inséré. Journ. des sages-femmes. Tome 41. p. 241, 249 et 257. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 2. p. 68.

23. Credé-Hörder, C., Zur Therapie der atonischen Nachblutungen. Med. Ref. Jahrg. 21. Nr. 11. p. 213. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 2. p. 403.

24. Davis, E. P., Manual compression of the abdominal aorta for post partum haemorrhage. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 15. p. 662.

25. Erps, E. van, L'hémostase en obstétrique par le procédé de Momburg modifié. Clin. (Bruxelles). Tome 27. p. 17. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 1. p. 38. (Eine kleine improvisierte Pelotte — irgend eine runde Büchse — wird zur Kompression verwendet, darüber 5—6 zusammengefaltete Handtücher gelegt und darüber erst der Momburgsche Schlauch. Der Schlauch schmerzt dabei weniger und ausserdem soll die Kompression kräftiger sein.)

26. *Essen-Möller, Über akzidentelle Blutungen in den letzten Monaten der Schwangerschaft. 17. Internat. med. Kongr. in London. 6.—12. August. Sekt. f. Geb. u. Gyn. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. p. 454.

27. *— L'hémorrhagie rétroplacentaire. Arch. mens. d'obst. et de gyn. Jahrg. 2. Nr. 10. p. 145. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 3. p. 500.

28. Fabre et Trillat, Etude d'un cas d'anémie pernicieuse de la grossesse. Mort pendant l'accouchement. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris. 2 Année. Nr. 2. p. 84. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 3. p. 291.

29. Frankl, O., Diskussion zu Aschner (Nr. 7). 85. Vers. deutsch. Naturf. u. Ärzte in Wien. 22. Sept. Ref. Gyn. Rundschau. p. 706.

30. Frey, Trauma in der Nachgeburtsperiode. Oberrhein. Ges. f. Geb. u. Gyn. 27. Okt. 1912. Hegars Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. 18. p. 161.

31. Froriep, Leop., Zur Inversio uteri. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 20. p. 718. (Placenta praevia lat., Geburtseinleitung, Metreuryse, Geburt ohne wesentlichen Blutverlust. Uterus post part. gut kontrahiert, Plazenta nach zwei Stunden noch nicht gelöst. Expression erfolglos, manueller Lösungsversuch gelingt ebenfalls nicht ganz, da die Plazenta fest adhärent ist. Dabei tritt eine ganz gefährliche Blutung aus dem schlaffen Uterus auf. Deshalb zog Froriep absichtlich an dem Plazentarfetzen, bis der Uterus invertiert war. Darauf stand die Blutung sofort. Alsbald vaginale Totalexstirpation, trotzdem infolge des grossen Blutverlustes $^1/_2$ Stunde später Exitus. Die choriale Zellinversion war in der Uteruswand bis zur Serosa gegangen. Verf. nimmt diesen Fall zum Anlass, in ähnlichen Fällen die künstliche Inversion des Uterus mit eventuell nachfolgender Totalexstirpation als einziges Mittel (? Ref.), die Frau vor dem Verblutungstode zu retten, zu empfehlen.)

32. Gaus, Friedrich, Desinfektion in der Geburtshilfe und manuelle Plazentarlösung. Bemerkungen zu der Arbeit von C. Sievert in Nr. 23. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 28. p. 1363. (Setzt sich für den Gebrauch von Gummihandschuhen ein und verteidigt die Praktiker gegen die Vorwürfe von Sievert.)

33. *Genter, H., Vorzeitige Lösung der normal sitzenden Plazenta. Diss. Petersburg. 455 p. (Russisch.) Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 3. p. 128.

34. *Gjestland, G., Store blödninger ved födsel. Hoor stort blodtop taaler et menueske? (Grosse Blutungen bei der Geburt. Einen wie grossen Blutverlust verträgt ein Mensch?) Norsk Magazin for Laegevidenskaben. p. 593. Aus der Gebäranstalt in Kristiania. (Brandt.)

35. Hanns et S. Remy, Un cas d'inversion utérine. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris. 2 Année. Nr. 4. p. 383. (Schwere Atonie post partum, deshalb manuelle Lösung, wobei sich der Uterus in die Scheide invertiert. Sofort Reposition, Ergotin, worauf sich der Uterus in normaler Lage gut kontrahiert.)

36. Hedinger, H., Plazenta mit multiplen Polypen. Med. Ges. Basel. 23. Jan. Deutsche med. Wochenschr. p. 488. (Spontane Ausstossung einer Plazenta ohne Fötus bei einer 37 jährigen Frau, die seit 1/2 Jahre an unregelmässigen Blutungen gelitten hatte. Gegen die Eihöhle zu eine ganze Reihe polypöser Gebilde von 1/2—3 cm Länge, die sich mikroskopisch als subamniale Hämatome erwiesen.)

37. Hellier, J. B., Complete inversion of the uterus with adherent Placenta. Brit. med. Journ. March 22. p. 608. (35 jährige V para; wegen Blutung Expression der Plazenta durch die Hebamme, dabei Inversion, ohne dass die Plazenta sich löste. Die Blutung stand, es trat aber starke Schockwirkung auf. Ablösung der Plazenta, Reposition. sieben Stunden später Exitus, der vom Verf. auf den Schock bezogen wird, da der Blutverlust nicht hochgradig war.)

38. Himmelheber, K., Über die Ausräumung von Plazentarresten. Med. Klinik. Nr. 8. (Himmelheber wendet sich im Anschluss an den von einem Kollegen berichteten Fall scharf gegen die Ausräumung von Plazentarresten bei fieberhaftem Wochenbett.)

39. Hoehne, O., Über einige aktuelle Fragen der letzten Jahre auf geburtshilflichem Gebiete. Tuberkulose und Schwangerschaft. Genital-, Peritoneal- und Urotuberkulose des Weibes. Blutungen bei vorgerückter Gravidität und intra partum, insbesondere vorzeitige Lösung der normal sitzenden Plazenta und Placenta praevia. Med. Klinik. Beiheft 2. (Die vorzeitige Lösung der normal sitzenden Plazenta ist nach Hoehne, wenn man auch kleine Ablösungen mitrechnet, nicht so selten. Die Prognose für die Mütter ist, wenn man ernste Fälle abrechnet, nicht schlecht, für die Kinder allerdings sehr ungünstig. Ursächlich kommen Graviditätstoxikosen in Betracht, die zur Schädigung der Decidua basalis und damit des Haftapparates der Plazenta führen.)

40. Hofmeier, Diskussion zu Zangemeister (Nr. 103). Mittelrhein. Ges. f. Geb. u. Gyn. 16. Febr. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Ergänzungsh. p. 394.

41. Huzarski, Therapie der post partum-Blutungen. Gyn. Sitzg. der Warschauer ärztl. Ges. am 27. Sept. 1912. Przeglad chir. i gin. Med. i Kron. Lekarska. Nr. 4. p. 65—70. (Polnisch.) (Theoretischer Vortrag, ohne etwas Neues zu bringen.)
(v. Neugebauer.)

42. — Therapie der post partum-Blutungen. Vortrag samt Diskussion. Przeglad chir. i gin. Bd. 8. Heft 2. p. 328—334. (Polnisch.) (v. Neugebauer.)

43. *Jentter, H., Ein Fall von vorzeitiger Plazentarlösung. Journ. akusch. i shensk. bolesn. Dez. Sitzungsber. der geb.-gyn. Ges. zu St. Petersburg. (Die 32 jährige Multipara wurde ausgeblutet, pulslos, in trostlosem Zustande eingeliefert. Allgemeines Ödem. Starke Blutung, keine Wehen zu fühlen, keine Herztöne. Mutterhals für einen Finger durchgängig. Klassischer Kaiserschnitt. Es blutete weder aus der Bauch-, noch aus Uteruswand. Frucht tot, 2400 g schwer. Grosses retroplazentares Hämatom an der hinteren Uteruswand. Da die Gebärmutter an vielen Stellen Extravasate aufwies und keine Neigung zu Kontraktion hatte, wurde sie supravaginal amputiert. Patientin starb 1 1/2 Stunden nach der Operation. An dem Präparate sind interessant zahlreiche subseröse Blutergüsse, die als grosse dunkelrote Flecken auf dem Uterusperitoneum imponieren.) (H. Jentter.)

44. — Die vorzeitige Lösung der Nachgeburt. St. Petersburg. Diss. (H. Jentter.)

45. Johnstone, R. W., Chorioangioma of the placenta. Brit. med. Journ. 1912. Oct. 26.

46. Jonas, W., Über puerperale Uterusinversion. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 52.

47. *Jones, W. C., Inversion of the uterus. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 16. Nr. 6. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1670.

48. Klages, Rich., Kombinierte Anwendung von Mutterkorn und Kochsalz zur Bekämpfung atonischer Uterusblutungen. Charité-Annalen. Jahrg. 37. p. 365. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. p. 91.

49. Kline, D. C., Bleeding following delivery. Hahnemann Monthly. 1912. XLVII. 808.

50. Kronhaus, Vier Fälle von Inversio uteri puerperalis. Diss. Basel. Ref. Gyn. Rundschau. p. 678.

51. Küster, Demonstration pathologischer Plazenten. Gyn. Ges. in Breslau 21. Jan. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. p. 520.

52. Labourditte, P., Gros placenta et syphilis. Paris, Vigot Frères.

53. Liepmann, W., Retentio placentae und Pituglandol. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 21.

54. *Lieven, F., Die vorzeitige Lösung der normal sitzenden Plazenta. Niederrhein. Ges. f. Natur- u. Heilk. in Bonn. 20. Okt. Deutsche med. Wochenschr. 1914. Nr. 2. 103. p.

55. Lombardo, Antonio, Il mio compressore dell' aorta abdominale nelle emorragie ostetriche in sorbituzione del laccio elastico alla Momburg. Arch. ital. di ginec. Anno 16. Nr. 8. p. 185. (Apparat, ähnlich dem von Gauss 1911 angegebenen Aortenkompressorium.)
56. *— Vergleichend kritische Studien über die verschiedenen direkten und indirekten Methoden der Kompression der Aorta abdominalis als Mittel zur provisorischen, präventiven und kurativen Stillung von Blutungen der unteren Körperhälfte. Rassegna d'ost. e gin. 32. Jahrg. Nr. 7 u. 8. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1914. p. 150.
57. Mac Afce, Duncan J., Complete inversion of the uterus with adherent placenta. Brit. med. Journ. Nr. 2725. p. 608. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 1. p. 439.
58. *Mansfeld, Tödliche Atonie bei Hypoplasie des Adrenalinsystems. 15. Vers. der deutsch. Ges. f. Gyn. Halle a. S. 14.—17. Mai. Verhandl. p. 257.
59. Mars, Vorstellung einer Frau, welche drei Jahre nach wegen puerperaler Uterusinversion vorgenommener Piccolioperation jetzt spontan niederkam. Lwowski Tygodnik Lek. 1912. Nr. 4. p. 57 u. Nr. 5. p. 303. Ref. Gyn. Rundschau. p. 784. (Bei der Geburt stand der Muttermund zunächst so hoch, dass er kaum mit dem Finger zu erreichen war. Das vordere Scheidengewölbe war vorgedrängt. Spontane glatte Geburt in Schädellage. Kind 3900 g. Plazenta musste drei Stunden post partum manuell gelöst werden, wobei nirgends an der hinteren Uteruswand eine Spur der Operationsnarbe zu tasten war.)
60. Mayer, Aug., Diskussion zu Frey (Nr. 30). Oberrhein. Ges. f. Geb. u. Gyn. 27. Okt. 1912. Hegars Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. 18. p. 162.
61. *— Die Gefahren des Momburgschen Schlauches. Gyn. Rundschau. Nr. 11. p. 391.
62. Myers, F. M., Some unusual obstetrical complications with report of cases. New York med. Journ. Vol. 97. Nr. 23. p. 1178. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 3. p. 81. (Zwei Fälle von Spina bifida, zwei Fälle von Anencephalus, ein Fall mit chronischer, im sechsten Monat exazerbierender Appendizitis, der an Embolie starb, zwei Fälle von vorzeitiger Lösung der normal sitzenden Plazenta.)
63. Michaeli, Ernst, Über die Blutungen in der Nachgeburtsperiode. Halle a. S. 1911. 35 p.
64. Nebel, Diskussion zu Scheffen (Nr. 80). Mittelrhein. Ges. f. Geb. u. Gyn. 16. Juni. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Ergänzungsh. p. 394.
65. Nijhoff, Zwei Fälle von akuter Inversio uteri post partum. Niederl. gyn. Vereinig. zu Amsterdam. 8. Dez. 1912. Ref. Gyn. Rundschau. p. 382.
66. Nyhoff, G. C., en T. M. Mesdag, Operative behandeling der acute inversio uteri puerperalis. Ned. maandschr. van Verlosk. en vrouwenz. Jahrg. 2. Nr. 3. p. 145. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 1. p. 791. (Verf. behandelten zwei Fälle, in denen die Reinversion missglückt war, in der Weise, dass unter Druck und Tamponade von unten gleichzeitig nach Eröffnung der Bauchhöhle von oben her der Uterus mit Hakenzangen allmählich nach oben gezogen wurde.)
67. Okada, Hinoto, Über einen Fall von Placenta marginata. Inaug.-Diss. München.
68. Oui, Direct transfusion after placental hemorrhage. Bull. de l'acad. de méd. 29 Oct. 1912. Ref. Brit. med. Journ. April. 5 p. 55.
69. Pius, Über einen Fall von nach Küstner-Piccoli-Operation geheilter Inversio uteri. Geb.-gyn. Ges. der Emilia und der Marcken (Italien). 18. Mai. Ref. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. p. 604. (Die Inversion bestand seit sechs Monaten. Nach nutzlosen anderen Operationsversuchen jetzt glatte Heilung, 30 Monate später glatte Entbindung.)
70. *Plauchu, E., et P. Savy, De la nature inflammatoire des chorioangiomes placentaires (tumeurs béniques du placenta). Arch. mens. d'obst. et de gyn. Tome. 2 p. 247. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 1. p. 486.
71. Queissner, Vorzeitige Lösung der normal sitzenden Plazenta. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. 1. Febr. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. p. 529.
72. Reich, Joh., Zum Artikel Ahlfelds: „Hand von der Gebärmutter." Zentralbl. f. Gyn. p. 124. (Reich betont neuerdings die Unschuldigkeit seiner Methode und widerlegt Ahlfelds Einwürfe. Cf. auch den vorigen Jahresbericht.)
73. Rittenhouse, William, Post partum hemorrhage and how best to control it. Amer. Journ. of Clin. Med. Vol. 20. Nr. 4. p. 327. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 2. p. 775.

74. *Robertson, Allen, Complete inversion of the uterus with prolapse. Austral. med. Journ. Vol. 2. p. 926. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 1. p. 562. (20jährige Ipara. Inversion und Prolaps des Uterus nach Credé-Versuch. Ablösung der Plazenta, Jodbepinselung der Uteruswände, Reinversion; nach 11 Tagen geheilt entlassen.)
75. Roosen, R., Eine Vorrichtung zur aseptischen Einführung der Hand in den Uterus. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 31.
76. *Rübsamen, W., Über den Blutverlust in der Nachgeburtsperiode. Klin.-therap. Wochenschr. Nr. 26. p. 765.
77. Rudaux, P., Hemorrhagie rétro-placentaire. Clinique (Paris). Jahrg. 8. Nr. 17. p. 260. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 2. p. 134. (Klinische Darstellung der Symptome, Therapie bei vorzeitiger Lösung der normal sitzenden Plazenta.)
77a. Sachs, Inversio uteri. Verein f. wissensch. Heilk. Königsberg, 10. Nov. Deutsche med. Wochenschr. 1914. Nr. 7. p. 362. (Zwei Fälle, einer davon kam einige Stunden nach der Reposition zum Exitus. Im zweiten Falle nach Credé partielle Inversion, die leicht zu reponieren war. Bei Schock ist jeder Reinversionsversuch zu unterlassen.)
78. Sackett, C. S., Dystocia. Elect. Med. Journ. 1912. 82. p. 497.
79. Schäfer, Puerperale Uterusinversion. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. 28. Nov. Ref. Deutsche med. Wochenschr. 1914. Nr. 2. p. 97.
80. Scheffen, Bericht über einen Fall totaler puerperaler Inversion des Uterus. Diskussion zu Zangemeister (Nr. 103). Mittelrhein. Ges. f. Geb. u. Gyn. 16. Febr. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Ergänzungsh. p. 393.
81. Scherback, A. L., Leichtes Erkennen kleinster Plazentardefekte. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 24. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1427.
82. Seeligmann, L., Die chirurgische Behandlung von Uterusblutungen in der Gravidität, Geburt und Wochenbett. Fortschr. der Med. Bd. 21. p. 91. (Bei vorzeitiger Lösung kommt, wenn die rasche Entleerung des Uterus per vag. unmöglich ist, der Kaiserschnitt in Betracht. Bei atonischen Blutungen Sekakornin, Pituitrin, Spülungen mit Ferrum sesquichloratum, vereinzelt auch der Momburgsche Schlauch.)
83. Seitz, Hans, Zur Therapie der Retention von Plazentarresten. Inaug.-Diss. München.
84. Sellheim, Diskussion zu Frey (Nr. 30). Oberrhein. Ges. f. Geb. u. Gyn. Hegars Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. 18. p. 162.
85. Sievert, Lehren für die Desinfektion in der Geburtshilfe und für die Behandlung der Nachgeburtsblutungen an Hand von 42 manuellen Plazentarlösungen. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 23. p. 1100.
86. Sigalow-Woronel, T., Über vorzeitige Lösung der normal sitzenden Plazenta. Inaug.-Diss. Bern 1912. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1427. Ferner als Arbeit: Wiener klin. Rundschau. Nr. 48 u. 49.
87. *Spaeth, F., Kaiserschnitt bei vorzeitiger Lösung der normal sitzenden Nachgeburt. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 33.
88. Ssokolow, Th. A., Bemerkungen zur Behandlung atonischer Blutungen nach der Geburt. Wratsch. Gaz. Nr. 34. Sitzungsber. der geb.-gyn. Ges. zu Kiew. (Ssokolow empfiehlt die bimanuelle Uteruskompression, wobei die halbe Hand die Gebärmutter durch das vordere Scheidengewölbe, die andere sie von aussen komprimiert. Guter Erfolg in sechs schweren Fällen.) (H. Jentter.)
89. Stark, J. N., Four cases of inversion of the uterus. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Vol. 24. Nr. 2. p. 68. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 3. p. 345.
90. Sterling, A., Supplementary or accessory placenta. Report of a case. New York med. Journ. Vol. 98. Nr. 19. p. 920. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 3. p. 669. (Am 11. Tage nach einer Spontangeburt Abgang eines Succusturiata-Lappens.)
91. *Théoharide, A. G., Contribution à l'étude du traitement chirurgical de l'inversion utérine. Thèse de Paris. 243 p. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. p. 206.
92. La Torre, F., A proposito del compressore Lombardo dell' aorta abdominale nelle emorragie ostetriche. Note polemiche. Arch. ital. di ginec. Anno 16. Nr. 10. p. 236. (Polemik gegen Lombardo.)
93. — Per la compressione dell' aorta abdominale. Ginec. minore. Anno 6. Nr. 5. p. 65. (Polemik gegen Santi; Prioritätsansprüche gegen Momburg.)
94. Tweedy, E. H., Polypus complicating inversion of the uterus and illustrating the difficulty of diagnosis. Transact. of the Royal Acad. of Med. in Ireland. Vol. 31. p. 395. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 4. p. 207. (Patientin kam mit invertiertem

Uterus schwer anämisch in Tweedys Behandlung. Abtragen des Polypen, wobei gleichzeitig eine Zyste eröffnet wurde. Danach liess sich der Uterus leicht reinvertieren.)
95. Vallois, Présentation d'un placenta marginé. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris. 2 Année. Nr. 4. p. 370. (Die ganze Plazenta hatte einen Durchmesser von 14 cm, die von den glatten Eihäuten überzogene zentrale Scheibe hatte dagegen nur 5 cm Durchmesser.)
96. *Veit, Joh., Diskussion zum Referat von Döderlein und Essen-Möller. 17. Internat. med. Kongr. in London. 6.—12. August. Sekt. f. Geb. u. Gyn. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. p. 456.
97. *— Diskussion zu Aschner (Nr. 6). Verein der Ärzte in Halle a. S. 10. Dez. Münchn. med. Wochenschr. 1914. Nr. 7. p. 385.
98. Verdelli, G., Alterazioni della placenta nella sifilide. Fol. gyn. Vol. 8. Nr. 1. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 3. p. 703.
99. Vogeler, H., Die Therapie der Nachgeburtsblutungen in der Geschichte der Medizin. Inaug.-Diss. Freiburg i. Br.
100. Warthin, Alfr. Scott, Miliartuberkulose der Plazenta. Journ. of Amer. med. Assoc. 29. Nov. Ref. Deutsche med. Wochenschr. 1914. p. 43.
101. Wilczynski, T., Ungewöhnliche Ursache einer vorzeitigen Plazentarlösung. Lwowski Tygodnik Lekarski. Nr. 3. p. 33. (Polnisch.) (Wilczynski fand auf 8030 Geburten der Lemberger Klinik für die letzten 14 Jahre 85 Fälle von vorzeitiger Plazentarlösung, siebenmal Plazenta normal inseriert, 78 mal anormal. Verhältnis von 1 : 10. Im allgemeinen kommt vorzeitige Plazentarlösung vor in 0,086 % sämtlicher Geburten. Wilczynski schildert einen Fall, wo die vorzeitige Lösung der niedrig inserierten Plazenta mit einem sub partu vollzogenen Koitus ätiologisch in Zusammenhang gestellt wird, während die prädisponierende Ursache in einer chronischen Nephritis gelegen haben soll.) (v. Neugebauer.)
102. Zangemeister, Über puerperale Uterusinversion. Ärztl. Verein in Marburg. 18. Jan. Münchn. med. Wochenschr. p. 616.
103. *— Über puerperale Uterusinversion. Mittelrhein. Ges. f. Geb. u. Gyn. 16. Febr. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Ergänzungsh. p. 393.
104. — Dasselbe. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 16.
105. Zimmermann, Rob., Zur Blutstillung in der Nachgeburtszeit und nach Ausstossung der Plazenta. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 47.
106. *Zweifel, P., Diskussion zu Aschner (Nr. 7). 85. Vers. deutsch. Naturf. u. Ärzte in Wien. 22. Sept. Ref. Gyn. Rundschau. p. 716.

Gjestland (34): Die Blutmenge ist auf die Weise bestimmt worden, dass alles abfliessende Blut in gewöhnlichen Eiterbecken gesammelt worden ist und gemessen. — Die Methode gibt zwar keine absolut genauen Zahlen, aber Verfasser findet, dass jedenfalls nicht zu grosse Mengen gefunden worden sind. In den Jahren 1891—1911 sind bei 20 628 Entbindungen 5 Todesfälle von Verblutung vorgekommen = 0,024 %. — Bei 4 davon lag Placenta praevia vor, und die Frauen hatten schon vor der Aufnahme viel geblutet. — Bei dem fünften Falle ist weder die Blutmenge noch die Ursache der Blutung bestimmt worden. Es lässt sich also aus diesen Fällen kein Schluss ziehen darüber, wieviel Blut ein Mensch zu verlieren verträgt.

Nicht tötende Blutungen von 200 g und mehr sind 81 mal vorgekommen, d. h. bei 3,9 ‰. — In den Jahren 1906—1911 sind solche Blutungen nur bei 1,9 ‰ vorgekommen, was Verfasser teilweise einer strenger durchgeführten, schonenden Methode in der Behandlung der Nachgeburtszeit zuschreibt.

Zwei Frauen bluteten 3000 resp. 3400 g und kamen mit dem Leben davon. Die letzte zeigte nach 27 Tagen beinahe normalen Blutbefund. Es waren von den 81 Fällen 28 I para, 53 Pluripara. — Das Material erlaubt keinen sicheren Schluss darüber, ob grosse Blutungen bei operativen Entbindungen häufiger vorkommen.

Die Behandlung der Blutungen in der Anstalt zeichnet sich dadurch aus, dass Sekale, intrauterine Spülungen und Tamponade nur selten oder nie angewendet werden! — Die hauptsächlichste Behandlung besteht darin: Mittelst

dem Credéschen Handgriff wird der Uterus entleert und durch Massage zu Kontraktionen erregt. Kann man auf diese Weise die Blutung nicht beherrschen, wurde früher bimanuelle Kompression gemacht; in den späteren Jahren wurden bei Blutungen, die sonst als atonisch aufgefasst wurden, die Uterinhöhle mit den Fingern entleert; man findet dann entweder Nebenplazenta, Membranfetzen, Deciduafetzen oder zähe Blutgerinnsel; wenn dieselben entfernt worden sind, stehen die Blutungen, indem der Uterus sich kräftig zusammenzieht. — In fünf Jahren hat diese Methode sich ausgezeichnet bewährt. — Reine atonische Blutungen werden daher als eine Seltenheit angesehen.

Verfasser sucht aus der Grösse der vertragbaren Blutverluste einen Aufschluss darüber zu gewinnen, welche der verschiedenen Angaben über die absolute Blutmenge eines Menschen die wahrscheinlichste ist. — Während früher die Blutmenge als $^1/_{13}$ des Gesamtgewichts angenommen wurde, haben spätere Forscher nur $^1/_{20}$ gefunden. — Erinnert man daran, dass keine Blutung zwischen 2000 und 3000 g den Tod herbeigeführt hat, so findet er die erste Zahl als die wahrscheinlichste; weiter findet er, dass eine Wöchnerin wahrscheinlich verträgt, die Hälfte ihrer gesamten Blutmenge zu verlieren. Man muss dabei beachten, dass eine Blutung nach der Geburt unter den günstigsten Verhältnissen geschieht, indem weder Unfall, noch Schock, noch besondere psychische Erregung die Widerstandskraft der Wöchnerin beeinträchtigt, während das Herz nach Entleerung des Uterus in seiner Arbeit erleichtert worden ist. (Kr. Brandt.)

Das Bestreben, die atonischen Nachblutungen ihrer Gefahr zu entkleiden, regt immer neue Versuche an. Rübsamen (76) ist es gelungen, durch sehr langsam — etwa 1 ccm in der Minute — erfolgende intravenöse Injektion von Hypophysenextrakten atonische Nachblutungen in kürzester Zeit zum Stehen zu bringen; nebenbei bemerkt, war auch der normale Blutverlust in der Nachgeburtsperiode bei diesem Verfahren geringer.

Essen-Möller (26, 27) unterscheidet zwei Formen der retroplazentaren Blutung, 1. eine durch Trauma bedingte, 2. eine durch Schwangerschaftsintoxikation hervorgerufene. Die entzündlichen Veränderungen und Degenerationen, die man mitunter in der Plazenta, Decidua oder Uteruswand beobachtet hat, sind nicht spezifisch für die retroplazentare Blutung. Die profusen Hämorrhagien des Uterus (uteroplazentare Apoplexie, Couvelaire) sind nachweislich charakteristisch für die toxische (eklamptische) Form.

Eine Reihe von Arbeiten ist wieder der vorzeitigen Lösung der normal sitzenden Plazenta gewidmet. Die beste darunter stammt von Aschner (6, 7). Verfasser betont wieder die koinzidente Albuminurie (in einem Falle am Tag vor der Entbindung 15 $^0/_{00}$, am Tag nach derselben kein Eiweiss) und es ist ihm gelungen, dieses Eiweiss nach der Abderhaldenschen Dialysiermethode als Plazentareiweiss zu identifizieren. Daraus schliesst Aschner, dass das in derartigen Fällen gefundene Eiweiss nicht als Zeichen einer Nephritis, sondern einer Schwangerschaftsniere aufzufassen sei, entstanden dadurch, dass das während der Schwangerschaft in die Blutbahn eingedrungene Plazentareiweiss mangels von Schutzfermenten nicht abgebaut werden konnte und so zu Albuminurie führt. Gleichzeitig wird an der Hand geeigneter Präparate auf den bekannten, aber immer noch wenig gewürdigten charakteristischen Befund an vorzeitig gelösten Plazenten hingewiesen, darin bestehend, dass an Stelle des retroplazentaren Hämatoms eine von normalem Plazentargewebe umgebene Delle sich nachweisen lässt. Die Kotyledonen sind an dieser Stelle komprimiert, trotz der Abplattung derselben fehlt aber nichts von den einzelnen Schichten der Plazenta. Die Schädlichkeit des plazentaren, blutfremden Eiweisses bewirkt also sowohl die Albuminurie wie die mechanische Ablösung der Plazenta.

Veit (96, 97) äussert sich in gleichem Sinn und nimmt speziell für die Ablösung eine rein mechanische Einwirkung von Plazentareiweiss an, nämlich Verstopfung der abführenden uterinen Gefässe durch Plazentarzotten.

Zweifel (106) bestätigt die Angabe Aschners über die Dellenbildung an der Plazenta. Das Blut kann ebenso die Uteruswand eindrücken, in einem von ihm beobachteten Falle kam es dadurch sogar zum Aufplatzen der Uterusserosa und zur Verblutung in die Bauchhöhle.

Beneke (15) nimmt als Ursache der von Aschner hervorgehobenen Gerinnung des mütterlichen Blutes eine primäre Zottennekrose an, die er in ihren Anfängen wiederholt hat nachweisen können. Schon die allergeringsten Nekrosen der Zottenoberfläche erzeugen Gerinnung und damit eine Verdrängung der anstossenden Teile, alle das Bild der Blutung.

Eine ausführliche Bearbeitung des Themas mit einer historischen Übersicht bringt Jentter (33). Die Häufigkeit der vorzeitigen Lösung der normal sitzenden Plazenta wird auf Grund der Sammelstatistik auf 12°/$_{00}$ angegeben, nach dem eigenen Material (45 999 Geburten) sogar auf 17°/$_{00}$. Ätiologisch kommt in den seltensten Fällen ein Trauma in Betracht; auch Kürze der Nabelschnur, verspäteter Blasensprung sind von geringer Bedeutung. Am wichtigsten sind von allen Ursachen Nierenveränderungen mit oder ohne gleichzeitige Veränderungen an der Plazenta und Decidua basalis. Zuweilen sind auch in der Uteruswand entzündliche Veränderungen und Blutungen nachweisbar, in seltenen Fällen kommt es unter dem Druck des retroplazentaren Hämatoms im Verein mit den genannten Veränderungen sogar zum Aufplatzen des Uterus (Fissura uteri peritonealis). In der Leber finden sich manchmal Veränderungen wie bei Eklampsie. Die kindliche Mortalität ist 82°/$_0$, die mütterliche 22—23°/$_0$. Die Prognose ist für beide Teile um so schlechter, je früher die Lösung erfolgt. Nach der Geburt besteht die Gefahr der atonischen Verblutung. Die Therapie muss individualisierend vorgehen. Die Tamponade ist als zwecklos zu verwerfen. In leichteren Fällen genügt Blasensprengung, in schwereren Fällen ist Schnittentbindung von oben oder unten notwendig. Bei atonischen Nachblutungen darf mit der Uterusexstirpation nicht zu lange gezögert werden. — Tabellarische Übersicht über 493 Fälle der Literatur und 86 eigene Fälle.

Lieven (54) hat unter vier eigenen Fällen nur in zwei derselben die von Schickele beschriebenen Veränderungen der Decidua basalis finden können. In dem einen Fall fand sich eine Fissura uteri peritonealis. Irgend für die Ätiologie verwertbare Zeichen liessen sich im übrigen nirgends finden.

Spaeth (87) hält ätiologisch teils mechanische Schäden, teils degenerative nekrotisierende Prozesse der Decidua und Plazenta für bedeutsam. Die Diagnose gründet sich in erster Linie auf die Zeichen der inneren Blutung, wobei besonders auf die zunehmende Spannung und Schmerzhaftigkeit des Uterus noch zu achten ist. Die Menge des nach aussen ergossenen Blutes steht gewöhnlich in keinem Verhältnis zu der schweren Anämie. Die rascheste Entbindung ist unbedingt erforderlich, wozu oft am besten der klassische Kaiserschnitt sich eignet, der ausserdem die Möglichkeit bietet, bei fortdauernder Atonie gleich die Entfernung des Uterus vornehmen zu können. Eine vaginale Entbindung kommt nur bei erweitertem Muttermund in Frage.

Gross ist neben einer Fülle kasuistischer Mitteilungen auch die Zahl der Arbeiten über Uterusinversion. Eine ausführliche Darstellung hat Zangenmeister (103) der Frage gewidmet. Die puerperale Uterusinversion kommt etwa einmal auf 400 000 Geburten zur Beobachtung, und zwar etwa dreimal so oft bei Erst- als bei Mehrgebärenden, zehnmal häufiger nach rechtzeitigen als nach frühzeitigen Geburten. Ätiologisch spielt hauptsächlich der Zug der adhärenten Plazenta auf die Uteruswand eine Rolle. Vorbedingung ist zumeist ein schlaffer oder sehr schnell entleerter Uterus. Eine zu kurze Nabelschnur kann schon bei der Geburt des Kindes zur Inversion führen, ebensolches kann sich bei Sturzgeburten ereignen. Die häufigste Ursache scheint aber die Expression der Plazenta oder der Zug an der Nabelschnur vor völliger Lösung der Plazenta zu sein. Gelegentlich tritt übrigens die Inversion ganz spontan ein. —

Unter Umständen kann sie ganz symptomlos bleiben, meist aber kommt es zu Schock und schweren Blutungen aus der Plazentarstelle, an denen etwa 11 % der Patientinnen zugrunde gehen. Auch septische Infektion kann eintreten, so dass die Gesamtmortalität etwa 16 % ist. Die Behandlung hat in erster Linie auf die Bekämpfung des Schocks und der Blutung abzuzielen, eine Reposition kommt erst in zweiter Linie in Frage. Am besten legt man bei totaler Inversion zunächst eine elastische Kompression um den Hals der Inversion an, bei inkompletter Inversion genügt eine feste Scheidentamponade oder Kolpeuryse, (nötigenfalls unter Vernähung der Vulva!!). Die Reinversion hat stets nur manuell zu geschehen und etwa 3—12 Stunden später, nachdem der Schock und die Folgen des Blutverlustes ziemlich überwunden sind, vorgenommen werden. Die Plazenta oder Reste derselben sind natürlich vorher abzulösen. 3 % der Fälle reponieren sich spontan. Nur bei Misslingen der manuellen Reposition oder sonstigen Komplikationen sind operative Massnahmen, wie die Exstirpation des Uterus, berechtigt.

Alsberg (3) wendet sich gegen den Vorschlag Zangemeisters, immer erst 3—12 Stunden zu warten, ehe die Reinversion vorgenommen wird und empfiehlt im Anschluss an einen selbst erlebten Fall sofortige Reposition mit unmittelbar folgender Uterus- und Scheidentamponade. (Referent hat einen Fall von totaler puerperaler Inversion erlebt, in welchem die sofortige Reinversion und Uterusscheidentamponade ebenfalls ohne wesentliche Schockwirkung ablief.)

Jones (47) sieht die Grundursache der puerperalen Inversion in der Erschlaffung des Uterus; Druck auf den Fundus und Zug an der Nabelschnur kommen nur als Hilfsursachen in Betracht. Die Mortalität für akute Fälle gibt Jones mit 35 %, für chronische mit 6 % an. Wo die manuelle oder instrumentelle Reinversion nicht gelingt, muss operativ nach Küstner vorgegangen werden.

Nach Robertson (74) ist die Uterusinversion etwa doppelt so häufig als nach der Angabe Zangemeisters. Die wichtigste Ursache ist die Erschlaffung des Uterus, akzidentelle Ursachen sind Druck von aussen, Zug an der Nabelschnur, abnorme Kürze derselben.

Eine ausführliche Monographie (243 S.) über die Uterusinversion, besonders die Therapie derselben stammt von Théoharide (91). Er unterscheidet nach Pinard drei Formen: die akute, die frische und die alte Inversion. Jede erfordert eine eigene Therapie. Die manuelle Reposition gelingt meist nur bei der akuten Form, seltener bei der frischen, nur ausnahmsweise bei der alten. Wo manuelle Versuche versagen, ist ein Repositionsversuch mittelst des Ballons von Champetier de Ribes oft dienlich. Die alte Inversion ist meist nur auf blutigem Wege zu beheben. Verfasser plaidiert besonders für die Laparotomie in Verbindung mit vaginalen Repositionsversuchen. Sowohl nach der manuellen wie operativen Reposition können folgende Schwangerschaften ganz normal verlaufen.

Mansfeld (58) hat bei zwei Fällen tödlich verlaufender Atonien post partum eine ausgesprochene Hypoplasie des Adrenalin-Systems nachweisen können. Der Adrenalingehalt war auf $1/4$ des Normalwertes vermindert. Da nun das Adrenalin jenes in der Marksubstanz sich bildende Hormon ist, welches die tonische Innervation im Gebiete des sympathischen Nervensystems miterhält und reguliert, da weiterhin die motorischen Nerven des Uterus zum Sympathikus gehören, scheint dem Autor dieser Befund geeignet, einen Zusammenhang zwischen Atonie und Hypoplasie des Adrenalsystems plausibel zu machen. Manche Fälle von schwerster Atonie dürften darauf zurückzuführen und demgemäss, d. h. durch Zufuhr des fehlenden Hormons, zu behandeln sein. (Man vgl. dazu die Arbeiten von Neu 1908 und 1909, der damals schon das Adrenalin (Suprarenin) in die Therapie der Atonie eingeführt hat. Ref.)

Lombardo (56) gibt eine ausführliche Studie über die verschiedenen Methoden der Aortenkompression. Die Aortenkompression nach La Torre

wird verworfen, dann die Vor- und Nachteile des Momburgschen Verfahrens auseinandergesetzt, das schon manchen Todesfall verursacht hat. Der Apparat von Gauss sei nur in der Klinik zu verwerten, ein nach dem Prinzip des Riva-Roccischen Tonometers gebautes Aortenkompressorium von Pourponi erfülle nicht immer seinen Zweck — nur das vom Verfasser selbst angegebene Aortenkompressorium habe sich bisher immer bewährt, sei gefahrlos und handlich, so dass es in jeder geburtshilflichen Tasche mitgeführt werden kann.

Aug. Mayer (61) warnt vor einer leichtsinnigen Indikationsstellung bei Anlegung des Momburgschen Schlauches. Er führt namentlich eine Reihe von zu beachtenden Gefahren auf: 1. Kann die dünnwandige Vena cava vor der Aorta zugeschnürt werden, was eine Art Verblutung in die Venen der unteren Körperhälfte zur Folge hat. Ein Sektionsbefund wird als Beweis angeführt. 2. Ist es schwer, auch die Arteria spermatica abzuschnüren. Man müsste dazu schon den Schlauch so hoch anlegen, dass er oberhalb des Abganges der Nierengefässe die Aorta komprimiert. Dadurch würden aber die Nieren geschädigt werden, wie Experimente an Kaninchen beweisen. Die Sektion einer nach Placenta praevia Verstorbenen zeigte ein Hämatom der Niere. Man muss also mindestens eine tiefstehende Niere vor Anlegung des Schlauches reponieren. Endlich kann die Niere auch durch eine gleichzeitige Umschnürung des Ureters geschädigt werden. Ebenso kann der Darm geschädigt werden und schliesslich ist auf die von mehreren Seiten schon erwähnte Gefahr für ein nicht ganz leistungsfähiges Herz hinzuweisen.

Plauchu und Savy (70) halten die sog. gutartigen Chorionangiome der Plazenta nicht für echte Tumoren, sondern für entzündliche Erscheinungen. Dafür sprechen sowohl klinische wie pathologisch-anatomische Erwägungen; klinisch das regelmässig dabei zu findende Hydramnion, das häufige intrauterine Absterben der Frucht, pathologisch-anatomisch die charakteristischen arteriellen Gefässthromben, kleinzellige Infiltration und Kapillardilatation. Die Verfasser stellen danach die Chorionangiome in eine Linie mit den bei Albuminurie zu beobachtenden Infarkten.

Aymerich (8) befasst sich ausführlich mit den chorialen Zysten der Plazenta und kommt nach einem eingehenden Literaturreferat und dem Ergebnis eigener Untersuchungen an 27 Plazenten zu der Ansicht, dass die Zysten und Infarkte infolge einer besonderen Aktivität der Epithelschicht des Chorion entstehen. Wenn das Wachstum in der Richtung der Eihöhle erfolgt, bildet sich eine Zyste, wenn es dagegen in der den Chorionzellenhaufen und dem von ihrer Entartung entstehenden Fibrin entgegengesetzten Richtung geschieht, so vereinigen sich die nahen Zotten mit dem aus dem mütterlichen Blut niedergeschlagenen Fibrin zur Bildung von Infarkten.

C. Eklampsie.

Referent: Privatdozent Dr. M. Stickel, Berlin.

1. *Albert, Schwere eitrige Endometritis in der Schwangerschaft. 15. Vers. d. deutsch. Ges. f. Gyn. Halle.
2. Alin, E., Einige Fälle von Eklampsie mit Aderlässen behandelt. Verhandl. d. obst.-gyn. Sekt. d. Ges. schwed. Ärzte. Stockholm. Hygiea. Nr. 10. (Es scheint dem Verf., dass der Umstand, dass die Anfälle aufgehört haben oder sich bedeutend verminderten, eine fortgesetzte Verwendung von Aderlässen indiziert.) (Silas Lindquist.)
3. *Baisch, Untersuchungen über das spätere Schicksal herz- und nierenkranker Schwangerer. Vers. d. deutsch. Ges. f. Gyn. Halle.
4. *Ballantyne, The prevention of eclampsia. Internat. clin. Vol. 2. Ser. 23. p. 233.
5. Bársony, Die Eklampsie. Pester med.-chir. Presse 49. Nr. 35. p. 285. (Neun nach Zweifel-Stroganoff behandelte, zum Teil sehr schwere Fälle gingen in Heilung aus.)

6. *Benthin, Über den Kohlehydratstoffwechsel in der Gravidität und bei der Eklampsie. Ein Beitrag zur Frage der Leberinsuffizienz. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XXXVII. Heft 3. p. 305.
7. *Bolten, H., Eklampsie in het kraambed zonder albuminurie tijdens de zwangerschap. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 2. helft. Nr. 7. (Mendes de Leon.)
8. Boxer, Maine, Eklampsia. Brit. med. Journ. August 30. p. 550. (Neun Fälle in 13 Jahren beobachtet: Morphium subkutan, heisse Packungen, Crotonöl, Geburtsbeendigung, nötigenfalls durch Operation.)
9. Bürger, M., und Beumer, Zur Lipoidchemie des Blutes. I. Über die Verteilung von Cholesterin, Cholesterinestern und Lezithin im Serum. Berl. klin. Wochenschr. 50. p. 112—114. (In einem Falle von Eklampsie ermittelten Bürger und Beumer erhöhte Werte für Cholesterin und Lezithin.)
10. Chirié, Recherches sur l'éclampsie puerperale. Epilepsia. Tome 4. p. 194. (Chirié erzeugte experimentell durch temporäre Nierenvenenligatur Leberveränderungen, ähnlich wie bei Eklampsie. Grosse Aderlässe ergaben ihm bei Eklampsie eine mütterliche Mortalität von 4%.)
11. Cooney, Vaginal cesarean section in certain cases of eclampsia, placenta praevia, pernicious vomiting, and in hemorrhage due to premature separation of the placenta. Journ.-Lancet. 33. Nr. 10. p. 288.
12. Corbett, The Excretion of amylolytic ferments in the urine during the toxaemias of pregnancy. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. 23. Nr. 4. p. 227.
13. Crespigny, The Toxaemia of pregnancy. Austral. Med. Gaz. 33. p. 53.
14. Cribb, Notes on eclampsia. Austral. Med. Gaz. 33. p. 104. (Bericht über einen günstig verlaufenen Fall, der nach Tweedys Methode behandelt wurde.)
15. Croom, Pseudo-Eclampsia, with two illustrative cases. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. April. Nr. 4. p. 213. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 14. (Ein Fall von Hirntumor, ein Fall von Meningitis, die eklamptische Symptome vortäuschten.)
16. Cunningham, Significance of urinalysis in pregnancy. Journ. of the Arkansas Med. Soc. Vol. 9. Nr. 12. p. 286. (Hinweis auf die Wichtigkeit der Harnanalysen zur Unterscheidung von nervösem Erbrechen von Toxämien und Nephritiden.)
17. *Dienst, Weitere Mitteilungen über Blutveränderung bei der Eklampsie und Schwangerschaftsniere im Gegensatz zu normaler Schwangerschaft und über Massregeln, die sich daraus für die Therapie ergeben. Arch. f. Gyn. Bd. 99. Heft 1. p. 24.
18. Dunbar, Thyroid Substance in Eclampsia. Brit. med. Journ. 14. June. p. 1272. (Günstiger Einfluss von Schilddrüsensubstanz auf Albuminurie und Hautödem in zwei Fällen von Schwangerschaft. Störungen in den Wechselbeziehungen zwischen Ovarien und Schilddrüse in der Gravidität sollen die Wirkung erklären.)
19. *Eckelt, Über die Funktion der Schwangerschafts- und Eklampsieniere. 15. Vers. d. deutsch. Ges. f. Gyn. Halle.
20. *Engelmann, Die Behandlung der Eklampsie mittelst Infusionen von Ringerscher Lösung. Kurze Bemerkung zu der Arbeit von R. Freund: Über Schwangerschaftstoxikosen (Dermatosen, Hyperemesis, Eklampsie) und ihre Behandlung mit Serum und Ringerscher Lösung. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 43. p. 1585.
21. — Über den Wert der „Therapie der mittleren Linie" bei der Behandlung der Eklampsie. Med. Klinik. Bd. 9. Nr. 39. p. 1582. (Die Mortalität der Mütter sank auf 6,3% und die der Kinder auf 9,3, seitdem die Mitte gehalten wird, zwischen rein abwartender Behandlung und prinzipieller Schnellentbindung.)
22. *— und Elpers, Über das Verhalten der Blutviskosität bei Eklampsie, sowie bei anderen Erkrankungen und Veränderungen des weiblichen Körpers. Gyn. Rundschau. Heft 9. p. 315.
22a. *Essen-Möller, E., Einige Worte von dem gegenwärtigen Stand der Eklampsiefrage. Allmanna Svenska Läkartidningen. Nr. 32. (Vortrag am schonenschen Ärztetage in Hälsingborg am 15. Juni.)
23. Eylenburg, Gyn. Ges. Breslau. 26. Nov. 1912. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 14. p. 499. (Bericht über zwei Fälle von Eklampsie, deren einer nach Schnellentbindung [vaginaler Kaiserschnitt] starb, während der andere nach Zweifel-Stroganoff behandelte in Heilung ausging. Diese Methode wird zur Nachprüfung empfohlen.)
24. Fabre, Traitement de l'éclampsie puerpérale. Rev. intern. de méd. et de chir. Tome 24. Nr. 2. p. 17.

25. Fabre et Favre, Un cas de mort par éclampsie avec oedème généralisé. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Nr. 3. p. 239.
26. *Fetzer, Über Nierenfunktion in der Schwangerschaft und bei Schwangerschaftstoxikosen. 15. Vers. d. deutsch. Ges. f. Gyn. Halle.
27. Frank, A short resume of our present knowledge concerning the pathology and etiology of eclampsia. Amer. Med. Journ. Vol. 19. Nr. 7. p. 482.
28. *Franz, R., Über die Giftigkeit des Harns in der Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. 15. Vers. d. deutsch. Ges. f. Gyn. Halle.
29. *— R., Bemerkungen zu der Arbeit von Esch: „Untersuchungen über das Verhalten der Harngiftigkeit in der Schwangerschaft, in der Geburt und im Wochenbett mit Berücksichtigung der Eklampsie im Archiv für Gynäkologie, Bd. 98, Heft 2." Arch. f. Gyn. Bd. 99. Heft 1.
30. Fraser, Influence of Monsoon on incidence of Eclampsia. Indian Med. Gaz. Dec. Nr. 47. p. 461. Ref. Journ. Amer. med. Assoc. Jan. 25. (Die Ursache der grossen Häufigkeit der Eklampsie während des Monsuns sieht Fraser in der Unmöglichkeit, in dieser Zeit den Hautschweiss durch Verdunstung abzugeben, infolge der hohen Luftfeuchtigkeit bei hoher Aussentemperatur im Gegensatz zu den Zeiten trockener Luft bei hoher Aussentemperatur.)
31. *Freund, Zur Eklampsiefrage. 15. Vers. d. deutsch. Ges. f. Gyn. Halle.
32. Gervis, Three cases of Eclampsia. Brit. med. Journ. June 21. p. 1321.
33. *Gibbons, The Etiology and Treatment of Puerperal Eclampsia. The Brit. med. Journ. April 26. p. 865.
34. Gilles, Césarienne vaginale pour sténose du col chez une éclamptique. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Nr. 5. p. 528.
35. Gorizontow, Über Pseudoeklampsie. Wratsch. Gaz. Nr. 7, 8, 9. (Gorizontow führt aus der Literatur sechs Fälle von Pseudoeklampsie an (Oni et Sabrazes, Burckhard, Alexenko, Klein, Polano, De Snoo) und bringt die ausführliche Geschichte seines Falles: Die 25jährige Ipara, mit 0,5$^0/_{00}$ Eiweiss im Harn, kam spontan nieder. Die Wöchnerin sass 36 Stunden p. part. im Bett auf, 48 Stunden p. part. stand sie bereits auf und wurde fünf Tage nach der Geburt entlassen. Am neunten Tage Wiederaufnahme in die Klinik wegen Abgang von retinierten Eiteilen oder Koagula. Nach weiteren zwei Tagen traten mehrere eklamptische Krampfanfälle auf; nach dem dritten Anfall Bewusstlosigkeit. Temperatur 37,8; Puls 96. Eiweiss 0,8$^0/_{00}$. Am folgenden Tage Verschlechterung des Allgemeinzustandes; Temperatur 39,3; Puls 128; Eiweiss 9$^0/_{00}$, spontaner Abgang des Harns. Während der Nacht weitere 11 Anfälle. Tiefes Koma. Es wurden Narkotika gegeben, Aderlass (450), intravenöse Infusion von 2000 ccm Lockescher Lösung. Als ultimum refugium wurde beiderseitige Nierendekapsulation ausgeführt. Fünf Stunden p. op. nach einem schweren Anfall Tod. Es wird der genaue Sektionsbefund und die mikroskopischen Befunde der inneren Organe wiedergegeben, aus denen zu ersehen ist, dass die für Eklampsie charakteristischen Veränderungen nicht gefunden worden sind, dagegen ist hervorzuheben: Thrombose in den Gefässen der Lungen und des Uterus mit eitriger Verschmelzung. In diesen Organen, sowie in der Milz wurde ein intrazellulär gelegener, stäbchenförmiger Mikroorganismus gefunden, was auf eine Allgemeininfektion deutet (Diphtherie- oder Döderleinsche Bazillen). Es handelte sich also um eine Bakteriämie resp. Septikopyämie. Die Pseudoeklampsie kann in der Schwangerschaft und im Wochenbett auftreten auf Grund diverser Infektion (Staphylococcus, Pneumococcus etc.). Die anfängliche Diagnose lautet immer Eklampsie und erst der weitere klinische Verlauf oder die Sektion klären den wahren Sachverhalt.) (H. Jentter.)
36. Grenkow, Eklampsie und vaginaler Kaiserschnitt. Wratsch. Gaz. Nr. 6. Sitzungsbericht des Ärztevereins zu Archangelsk. (In einem schweren Falle von Eklampsie, bei Conj. ext. = 17 cm, nach bereits 12 Anfällen, machte Grenkow den vaginalen Kaiserschnitt und perforierte den Kopf des toten, reifen Kindes. Genesung. Leider starb die Patientin am 37. Tage p. p. an kruppöser Pneumonie.) (H. Jentter.)
37. Green, The conservative treatment of toxaemia of pregnancy with convulsiones. Brit. med. and surg. Journ. Vol. 168. p. 376. (Green berichtet über günstige Ergebnisse seiner konservativen therapeutischen Massnahmen an 10 Fällen im Gegensatz zu der chirurgischen Eklampsiebehandlung.)
38. Green-Armitage, Tod im eklamptischen Koma; Kaiserschnitt an der Toten mit lebendem Kind. Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Nr. 5. Nov. 1912. (Zwei

Minuten nach Herzstillstand und neun Minuten nach Atmungsstillstand wurde ein leicht zu belebendes Kind entwickelt.)
39. *Guggisberg, Zur Eklampsiebehandlung durch Injektionen in den Rückenmarkskanal. Zentralbl. f. Gyn. p. 369.
40. Haddon, Behandlung der Eklampsie. Brit. med. Journ. June 7. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 1420. (Heilung eines Falles durch kleine Dosen weinsauren Kali.)
41. *Haendly, Eklampsie in der ersten Hälfte der Schwangerschaft (14. Woche).
42. Hauch, E., Om „Bidrag til Behandling af Eklampsia parturient". (Über „Beitrag zur Behandlung von Eclampsia parturient.".) Disc. mit Chr. de Fine Licht. Ugeskrift for Kopenhagen. Laeger. p. 1992—1993. (O. Horn.)
43. Haultain, Behandlung der Eklampsie mit „Veratrone". Edinb. Obst. Soc. June 9. Ref. Lancet. July 26. p. 221. (Haultain betont die günstige Wirkung von Veratrinpräparaten auf die bei der Eklampsie im Vordergrund des Krankheitsbildes stehenden Blutdruckerhöhung. Veratrone, von Parke, Davis u. Co. aus Veratrum viride hergestellt, subkutan verwendbar, leistete ihm gute Dienste in der Eklampsiebehandlung in sieben Fällen: der Blutdruck sank, die Anfälle hörten auf. In der Diskussion wird die günstige Wirkung des Präparates angezweifelt.)
44. Healy, Suggestions regarding the treatment of eclampsia. Therapeutic rec. Vol. 8. Nr. 91. p. 171. (Aufblähung der Brüste bei Eklamptischen analog der Behandlung der Gebärparese der Kühe wird vorgeschlagen.)
45. Herzog, Über seltene Zirkulationsstörungen menschlicher Nieren, ein Fall von fast totaler Rindennekrose beider Nieren bei einer Eklamptischen. Verhandl. d. deutsch. pathol. Ges. Marburg. p. 271.
46. *Holste, Viermaliges Auftreten der Eklampsie bei derselben Patientin. Berl. klin. Wochenschr. 13. Okt. p. 1897.
47. Hotaling, The ammoniac coefficient in pregnancy with a report of sixty cases. Amer. Journ. of Obst. Vol. 67. Nr. 5. p. 925. (Gesamtstickstoffgehalt des Urins über 10%, ist Vorbote einer echten Toxämie.)
48. *Hüffel, Die Pathologie und Therapie der Eklampsie. Berl. Klinik. Bd. 25. Heft 303. p. 1.
49. *Jahnel, Ein Beitrag zur Kenntnis der geistigen Störungen bei der Eklampsie. Arch. f. Psychiatr. u. Nervenkrankh. Bd. 52. Heft 3. p. 1095.
50. Jardine und Kennedy, Drei Fälle symmetrischer Nekrose der Nierenrinde, zugleich mit puerperaler Eklampsie und Urinverhaltung. Lancet. Vol. 184. Nr. 4680. May 10. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 38. p. 1421.
51. *Jarzew, Über Pathogenese und Behandlung der Eklampsie. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 9. p. 301.
52. *Jaworski, Klinische Bemerkungen betreffend die Abderhaldensche Reaktion. Gyn. Rundschau. Heft 16. p. 582.
53. *Jeannin, Du rôle du placenta dans la pathogénie de l'éclampsie. La Presse méd. 15 Mars. p. 217.
54. Jellet, Madill and Allan, Clinical report of the Rotunda Hospital for one year. (1. Nov. 1911—1912.) Dublin Journ. of the Med. Science. Vol. 136. Nr. 499 u. 500.
55. *Kehrer, Vergleichende Untersuchungen über den Kalkgehalt des Blutes in der physiologischen und pathologischen Schwangerschaft, sowie im Wochenbett. 15. Vers. d. deutsch. Ges. f. Gyn. Halle.
56. Kosmak, Diagnosis and Treatment of Eclampsia. Bull. of the Lying-in Hosp. New-York. June. Ref. The Brit. med. Journ. Sept. 13. p. 30. (Kosmak empfiehlt die Beobachtung etwaiger Prodromalsymptome und hebt die Wichtigkeit der Prophylaxe hervor. Morphiuminjektionen, Einläufe, Blutentziehung, heisse Packungen, Chloralhydrat per rectum, unter Umständen intravenöse Zuckerlösungsinjektionen, forcierte Entbindungen werden empfohlen; Chloroformanwendung wird widerraten.)
57. *Kroemer, Störung der Nierenfunktion bei der Eklampsie. 15. Vers. d. deutsch. Ges. f. Gyn. Halle.
58. Kuntze, Georg, Ein Fall von Eklampsie ohne Krämpfe und Bewusstseinsstörungen. Inaug.-Diss. Leipzig. Mai.
59. *Labhardt, A., Die Eklampsie und ihre Behandlung. Schweizer Rundschau f. Med. Nr. 14.
60. *Landsberg, Untersuchungen von Harn und Blut bei Eklamptischen bezüglich der Verteilung der Stickstoffsubstanzen und des Gehaltes an Fibrinogen und Reststickstoff. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 73. Heft 1. p. 234 u. p. 265.

61. La Vake, Prophylaxis and treatment of eclampsia. Journ.-Lancet. Vol. 33. Nr. 2. p. 49.
62. Lichowetzer, Ein Fall von Eklampsie ohne Krämpfe. Russki Wratsch. Nr. 17. (Erstgebärende mit Albuminurie und Blutelementen im Harn. Bewusstlosigkeit. Keine Krämpfe. Forzeps. Lebendes Kind. Kurze Zeit klares Bewusstsein. Wenige Stunden p. p. Exitus an Herzschwäche und Lungenödem. Aus dem Sektionsbefund sind hervorzuheben: multiple Hämorrhagien in der Leber, im Hirn, Magen, Darm und in der Harnblase.) (H. Jentter.)
63. Licht, Chr. de Fine, Om Behandling af Eklampsi. (Über Behandlung der Eklampsie.) Diskuss. Ugeskrift for Laeger. Kopenhagen. p. 2086—2087. (O. Horn.)
64. — Bidrag til Behandling af Eclampsia parturient. (Beitrag zur Behandlung von Eclampsia parturient.) Ugeskrift for Laeger. Kopenhagen. p. 1827—1830. (Injektion von Salzwasser.) (O. Horn.)
65. *Lichtenstein, Weitere Erfahrungen mit der abwartenden Eklampsiebehandlung. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. August. p. 152.
66. Liepmann, Eklampsie und Anaphylaxie. Gyn. Rundschau. Heft 2. p. 55.
67. Linville, Eclampsia and its treatment. Southern med. Journ. Vol. 6. Nr. 5. p. 331.
68. *Linzenmeier, Der Kalkgehalt des Blutes in der Schwangerschaft. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 26. p. 958.
69. Livingstone, Eclampsia. Edinb. Obst. Soc. Dec. 11. 1912. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 14. (Fünf Fälle der Landpraxis, darunter eine Fünfgebärende, die bei jedem Partus an Eklampsie erkrankte und der fünften Eklampsie erlag.)
70. *Lutz, Zur Eklampsiebehandlung. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 6. p. 204.
71. *Massaglia, Tetanie infolge experimenteller Parathyreoidinsuffizienz während der Schwangerschaft und Eklampsie. Zentralbl. f. allg. Path. u. path. Anat. Bd. 24. Nr. 13. p. 577.
72. *Mayer, A., Über die Heilung der Eklampsie durch intralumbale Injektion von normalem Schwangerenserum. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 9. p. 297.
73. *Mertkens, Die geographische Verbreitung des Kropfes in Baden und die Beziehung der Struma graviditatis zur Eklampsie. Inaug.-Diss. Freiburg 1912.
74. Miller, Epidemic puerperal eclampsia? Journ. of the Missouri State Med. Assoc. Vol. 10. Nr. 4. p. 121.
75. Moran, Obstetrical and surgical treatment of puerperal eclampsia. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 16. p. 219. (Moran vereinigt die schnelle Entleerung des Uterus mit medikamentöser Behandlung.)
76. *Nacke und Less, Kritische Bemerkungen zur Schnellentbindung bei der Eklampsie mit einem Beitrag zur Aderlasstherapie der Eklampsie. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 32. p. 1189.
77. *Nagel, Über Eklampsie. Berl. klin. Wochenschr. 16. Juni. p. 1107.
78. Nobbs, The Risk of Eclampsia recurring in a subsequent confinement. The Brit. med. Journ. Jan. 4. p. 19. (Zwei Fälle, in denen bei aufeinanderfolgenden Geburten Eklampsie eintrat.)
79. *Opitz, Über Leberveränderungen in der Schwangerschaft. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 73. Heft 2. p. 350.
80. Peterson, Emptying the uterus as a method of treatment of puerperal eclampsia. Amer. Journ. of Obst. Vol. 68. Nr. 2. p. 201. (Auf Grund der Statistik gelangt Peterson zur Empfehlung der Schnell- bezw. Frühentbindung.)
81. — Treatment of Puerperal Eclampsia. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Ref. The Journ. of the Amer. med. Assoc. Sept. 13. p. 895. (Bei Schnellentbindung 15,9$^0/_0$ mütterliche Mortalität gegen 28$^0/_0$ bei abwartender Geburtsleitung. Schnellentbindung wird dringend empfohlen.)
82. *Pfeiffer, Toxemia of Pregnancy. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. York Pa. Ref. The Journ. of the Amer. med. Assoc. 26 July. p. 305.
83. *Prentiss, Wilson, Beitrag zum Studium der Eklampsie als einer Toxemie, die möglicherweise mammären Ursprungs ist. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. June. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 38. p. 1420.
84. Reid, Eclampsia: its cause and treatment. Journ.-Lancet. Vol. 33. Nr. 10. p. 284.
85. *Rissmann, Ist die Eklampsie durch Einspritzung in den Rückenmarkskanal heilbar? Zentralbl. f. Gyn. Nr. 6. p. 196.
86. *Rohrbach, Statistik und Kritik über 158 Eklampsiefälle und deren Behandlung. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 73. Heft 2. p. 613.

87. Rosanow, Puerperale Blutungen bei Eklampsie. Wratsch. Gaz. Nr. 20. (Rosanow weist auf die Häufigkeit der Uterusblutungen bei Eklampsie hin. Die Ursache dafür sieht er im abnormen Zustande der Gefässe, der sog. Angiospasmose, mit nachfolgender Erschlaffung derselben. Es muss sofort eingegriffen werden. Rosanow schlägt vor, nach Expression der Plazenta die rechte Hand auf den Bauchdecken zu lassen, mit vier Fingern der linken Hand in die Scheide einzugehen und von dort aus den schlaffen Cervix zwischen innerer und äusserer Hand zu komprimieren. Er sah gute Erfolge.) (H. Jentter.)
88. Routh, Observations on the toxaemias of pregnancy, and on eugenics from the obstetric standpoint. Brit. med. Journ. 2740. p. 17.
89. Rouvier, Valeur sémiologique de l'hypertention artérielle survenant brusquement au cours de la convalescence ante partum. Bull. de la soc. d'obst. et gyn. de Paris. Nr. 2. p. 48. (Blutdrucksteigerung bei Eklampsie kann auch den beginnenden Partus ankündigen, braucht also kein Vorbote neuer Anfälle zu sein.)
90. — Traitement de l'éclampsie puerpérale par la morphine et ses adjuvants à la maternité d'Alger. Arch. mens. d'obst. et de gyn. Tome 2. Nr. 6. p. 533.
91. *Schiller, jun., Aktive und konservative Eklampsiebehandlung. Ref. d. 40. Sitzg. d. norddeutsch. Ges. f. Gyn. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 9. p. 436.
92. Schlossberger, Zwei Fälle von Eklampsie geheilt mit Hypophysenextrakt. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 22. p. 1046. (Schlossberger behandelte zwei Eklampsiefälle mit Pituglandol Roche mit günstigem Ausgang.)
93. *Schmidt, Beitrag zur Eklampsiefrage auf Grund von 98 Fällen. Zentralbl. f. Geb. u. Gyn. Bd. 73. Heft 2. p. 414.
94. Schrimpf, Über Nierendekapsulation in der Behandlung der Eklampsie. Inaug.-Diss. Würzburg 1912. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 9. p. 323.
95. *Schwab, Zur Behandlung Eklamptischer. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 23. p. 851.
96. *Sharp, E. W., Über Eklampsie. Bradford-Medico-Chirurgical Society. Ref. The Lancet. March 8. p. 691.
97. *Snoo, K. de, Over de behandeling van ecclampsie. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 2. helft. Nr. 20. (Mendes de Leon.)
98. Ssulakow, Über Eklampsie. Wratsch. Gaz. Nr. 31. Sitzungsber. der kaukasischen med. Ges. (Fünf Fälle, in denen mit vollem Erfolge das Prinzip der Schnellentbindung durchgeführt worden ist. In zwei Fällen im Wochenbett Halluzinationspsychose. Eine Kranke war 19para und 42 Jahre alt; in einem anderen Falle war der Harn absolut normal. Alle Kinder, ausser einem, leben.) (H. Jentter.)
99. *Stange, Zur Eklampsiefrage. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 9. p. 298.
100. Stroganoff, Einige Bemerkungen über den Artikel von Prof. Freund: Über Eklampsie und ihre Behandlung auf Grund von 551 Fällen im Archiv für Gynäkologie, Bd. 97, Heft 3. Arch. f. Gyn. Bd. 99. Heft 2. (Polemik gegen Freund in 20 Punkten, die im Original nachgelesen werden müssen.)
101. *Tourneau, Die Behandlung der Eklampsie. Fortschr. d. Med. Bd. 31. Nr. 25. p. 673.
102. Tuley, The toxaemias of pregnancy. Amer. Journ. of Obst. Vol. 67. Nr. 4. p. 740.
103. *Uthmöller, Zur Behandlung der Eklampsie. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 9. p. 305.
104. *Veit, J., Die Eklampsie und ihre Behandlung. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 4. p. 145.
105. Vértes, Oszkár, Adatok az eklampsia pathogenesiséhez. Orvosi Hetilap. Nr. 42, 43, 44, 45. (Auf Grund einer Reihe von Tierexperimenten kommt Vértes zum Schlusse, dass die Eklampsie als anaphylaktischer Schock des infolge von Resorption der Zottenelemente sensibel gewordenen mütterlichen Organismus zu betrachten sei, denn dass arteigenes und körpereigenes Eiweiss — wie das der Chorionzotten — zur Anaphylaxie Anlass geben kann, konnte bei den Experimenten deutlich nachgewiesen werden.) (Temesváry.)
106. Wagner, Die Nierendekapsulation bei Eklampsie nebst eigenen kasuistischen Beiträgen. Inaug.-Diss. Heidelberg 1912. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 9. p. 323.
107. *Wallace, Die Unterdrückung der Krämpfe bei der Eklampsie. Lancet. Dec. 7. 1912. p. 4538.
108. Watrin, Le traitement de l'éclampsie. Scalpel et Liège méd. Tome 65. p. 565. (Nach einem historischen Überblick setzt sich Watrin im allgemeinen mehr für die konservative Eklampsietherapie nach Stroganoff-Zweifel ein, im Gegensatz zu der aktiven operativen Behandlungsweise.)

109. Wegner, Zur Behandlung der Eklampsie. Med. Klinik. Nr. 33. p. 1318. (Berichtet über 32 Fälle, behandelt nach Stroganoff mit Aderlässen nach Zweifel und, wenn möglich, schonender Entbindung in Narkose; vier Todesfälle.)
110. Wilson, Eclampsia. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. York Pa. Ref. The Journ. of the Amer. med. Assoc. July 26. p. 306.
111. *Winter, Aktive und konservative Eklampsiebehandlung. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Heft 3. p. 346.
112. Wolverton, Puerperal eclampsia. Amer. Journ. of Clin. med. p. 218.
113. *Zangemeister, Die Beziehungen der Erkrankungen der Harnorgane zu Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. 15. Vers. d. deutsch. Ges. f. Gyn. Halle.
114. *Zinke, Ein kritischer Rückblick auf die medizinische und operative Behandlung der puerperalen Eklampsie. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. June. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 38. p. 1419.
115. *Zinsser, Über die Schädigung der Niere bei Eklampsie. Vortrag nebst Diskussion. Sitzg. d. Berl. Ges. f. Geb. u. Gyn. am 24. Jan. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 38. p. 1236. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 9. p. 388.
116. *— Über die Toxizität des menschlichen Harnes im puerperalen Zustand und bei Eklampsie. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 14. p. 481.
117. *Zondek, Zur Behandlung der Eklampsie. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 3. p. 96.
118. *Zweifel, Paul, Über die Behandlung der Eklampsie. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Heft 1. p. 1.

Zahlreiche Arbeiten beschäftigen sich mit der Frage, inwieweit die Erkrankung einzelner Organe bei der Eklampsie ätiologisch oder therapeutisch eine Rolle spiele. Im Vordergrund steht in dieser Frage die Niere. So geht Zinsser (115) zunächst auf die von ihm studierte Frage ein, ob der Grad der Nierenschädigung der Schwere der Erkrankung parallel geht. Während der Dauer der Anfälle besteht im allgemeinen Oligurie, die mit Aufhören der eklamptischen Symptome durch eine Harnflut abgelöst wird. Es gibt aber auch Ausnahmefälle, in denen die Oligurie eintritt nach Aufhören der Krämpfe, andere, in denen die Harnflut nicht mit dem Aufhören der Krämpfe einsetzt und endlich noch andere, in denen Oligurie die Anfälle überdauert und schliesslich Fälle ohne Oligurie. Getrübt ist die Prognose, wenn Wasserausscheidung und spezifisches Gewicht des Harnes gleichzeitig sinken. Für die Albuminurie und die stickstoffhaltigen Körper wies Zangemeister nach, dass ihrer Kontrolle eine prognostische Bedeutung nicht zukommt. Zinssers Untersuchungen über das Verhalten der Chloride ergaben, dass ein dauernd mittlerer Kochsalztiter selbst bei schweren Fällen eine gute Prognose gibt, während sein plötzliches Sinken post partum bei einer ödematösen Eklamptischen als prognostisch sehr ungünstig zu gelten hat.

Die zweite Frage, die Zinsser erörtert, ist: Kann die Nierenschädigung einen Eklampsiefall ausschlaggebend beeinflussen und kann man demnach von der Niere aus die Eklampsie therapeutisch angehen? Es mag möglich sein, dass in einzelnen Fällen, z. B. den aus Schwangerschaftsnephrose sich entwickelnden das Gehirnödem als krampferregender Faktor beteiligt ist; gleichwohl erscheint es rationeller weniger die Niere wie das Ödem anzugreifen. Zangemeister schlug die Trepanation vor, ähnlich wirkt die Lumbalpunktion; aber auch diese erscheint für die Mehrzahl der Fälle zwecklos, ebenso wie die Dekapsulation: ist die Niere schwer geschädigt, dann sind die anderen Organe meist auch weitgehend zerstört. Die im ersten Teil berichteten Ergebnisse zeigen, dass die Behandlung der Niere auch nicht für die Entfernung des hypothetischen Giftes in Betracht kommen kann.

Es besteht demnach, wie Zinsser besonders in seinem Vortrage hervorhebt, kein ätiologischer Zusammenhang zwischen Niere und Eklampsie; doch ist die Niere am augenfälligsten geschädigt und der Untersuchung gut zugänglich. Weder die Beobachtung der Ausscheidung des Wassers noch des Albumen noch des Stickstoffes, gewährt ein Urteil über die Schwere der Eklampsie. Bei ödematösen Eklamptischen ist plötzliches und dauerndes Sinken des Kochsalztiters

der Niere das Zeichen einer schweren Organschädigung. Die einseitige Berücksichtigung der Niere in der Therapie lehnt Zinsser auch darum ab, weil die Nierenschädigung bei Eklampsie auch als sekundäre Komplikation im Sinne renaler Urämie bzw. Retention des Eklampsiegiftes in der Niere nicht sehr hoch zu bewerten sei. In der Diskussion wendet Bumm ein, dass zwar in ca. $10^0/_0$ der Fälle von Eklampsie diese auftritt ohne Nierenschädigung, in der Mehrzahl der Fälle besteht aber eine solche und in der Hälfte dieser Fälle etwa geht sie dem Ausbruch der Eklampsie voraus. Schwangerschaftsniere, zunehmende Ödeme mit Sinken der Urinmenge kennzeichnen diese Fälle. Auch hält Bumm auf Grund seiner klinischen Erfahrung daran fest, dass reichliche Urinabsonderung im Verlauf einer Eklampsie prognostisch günstig ist. Die Plazentargifttheorie Liepmanns hält Bumm nicht für erwiesen. Liepmann fordert eine Nachprüfung seiner Versuche an grossen Reihen. Zinsser rechnet die Eklampsie zu den Schwangerschaftstoxikosen, entstanden durch Summation von Schädigungen, die sich in der Gravidität angehäuft haben. Eine der charakteristischen ist oft die Nierenschädigung; die Therapie, die die „Nephrose" zu behandeln vermeint, mag auch den ganzen Intoxikationszustand günstig zu beeinflussen imstande sein. Die Richtigkeit der Beobachtung Bumms, dass in einer grossen Zahl der Fälle mit zunehmender Diurese die Eklampsie heilt, mit sinkender Diurese dagegen ungünstig ausgeht, will Zinsser nicht bestreiten, nur hebt er hervor, dass gerade die Ausnahmefälle beweisen, dass der Zusammenhang zwischen Eklampsie und Nierenschädigung kein ätiologischer ist.

Auch Eckelt (19) studierte vergleichsweise die Funktion der Schwangerschafts- und Eklampsieniere: Wasser-, Kochsalz- und Stickstoffausscheidung unterscheidet sich bei gesunden Schwangeren nicht von der Nichtschwangerer, bei Schwangerschaftsniere dagegen ist die Wasser- und Kochsalzausscheidung gestört; erst nach Beginn der Wehen scheint das Sinken des Kochsalztiters eine Eklampsie anzuzeigen. Eckelt hält eine direkte Schädigung des Nierenparenchyms durch ein im Blut kreisendes Gift für die Ursache der Schwangerschaftsniere.

Fetzer (26) führte Nierenfunktionsprüfungen an normalen Schwangeren und Eklamptischen besonders in bezug auf die Kochsalz- und Stickstoffausscheidung aus. Bei Eklamptischen (auch ohne Ödem) fand sich für längere Zeit eine Mehrausfuhr von Kochsalz, hauptsächlich aber auch von Stickstoff. Die in ihren Funktionen schwer beeinträchtigte Niere tritt beim Erlöschen der Eklampsie plötzlich über in einen Zustand sehr erheblicher Arbeitsleistung. Daraus schliesst Fetzer, dass es sich wie bei der Eklampsie nicht um eine kranke Niere handeln könne, vielmehr um vorübergehende toxische Einflüsse, besonders auf die Nierengefässe, ähnlich vielleicht wie bei der Narkose. Der Gesamtstickstoff des Blutes ist nach Fetzer nicht erhöht, eine Anhäufung von Globulinen wird demnach von anderen Autoren zu Unrecht angenommen.

Abgesehen von den seltenen Fällen von Eklampsie ohne Albuminurie ist diese Erkrankung nach Kroemer (57) charakterisiert durch Oligurie mit hohem spezifischem Gewicht und Eiweiss- und Zylinderausscheidung, vor allem aber Chlorretention. Plötzlicher Absturz der Wasser-Kochsalz-Kurve ist Vorbote der Eklampsie. Die Funktionsprüfung der Eklampsieniere mit Phenolsulfophthalein ergab eine schwere Nierenschädigung: Nur $20-40^0/_0$ des Harnstoffes wurde ausgeschieden gegen $75^0/_0$ bei gesunden Schwangeren. (In den ersten 2 Stunden $25^0/_0$ gegen $60^0/_0$ bei gesunden Schwangeren.) Bezüglich der Toxizitätsbestimmung des Harnes nach Franz und Esch hatte Kroemer negative Resultate.

Zangemeister (113) vertritt in seinem Referat bezüglich der Eklampsie die Anschauung, dass sie wahrscheinlich ebenso wie die Nephropathia gravidarum auf Grund eines allgemeinen Schwangerschaftshydrops entsteht, ihrerseits aber noch sekundär auf die Nierenfunktion einwirkt. $0{,}16^0/_0$ Schwangere erkrankten

an Eklampsie; Erstgebärende achtmal so häufig als Mehrgebärende, und von den an Nephropathia gravidarum Leidenden wieder Erstgebärende fünfmal so häufig als Mehrgebärende. In 2% der Fälle rezidivierte die Eklampsie bei späteren Schwangerschaften. Bei Zwillingsschwangerschaften ist die Neigung zur Eklampsie fünfmal so gross als bei Einlingsschwangerschaften.

Mit der Pfeifferschen Methode fand R. Franz (28) im allgemeinen den Harn gesunder Schwangerer nicht giftiger als den Nichtschwangerer, wohl aber den Harn Kreissender giftiger als in der Schwangerschaft und im Wochenbett und den Wochenbettsharn giftiger als den Schwangerer. Hochgradig war die Toxizität der Harne bei Schwangerschaftstoxikosen, besonders bei der Eklampsie. Gegenüber den zum Teil abweichenden Ergebnissen Zinssers betont Franz, dass man die Eklampsieharne nur unter Berücksichtigung der klinischen Seite des Falles, insbesondere der Nierenfunktion bewerten dürfe. Auch ist zur Erlangung brauchbarer Resultate der Harn ein und derselben Frau wiederholt in den verschiedenen Gestationsperioden zu untersuchen.

R. Franz (29) findet in der Eschschen Arbeit eine Bestätigung seiner eigenen Untersuchungen über die Harngiftigkeit Schwangerer, Wöchnerinnen und Eklamptischer; abweichend dagegen sind die Ergebnisse von Esch bezüglich der Kreissenden; es ist nicht einzusehen, warum dieselbe Technik, die Esch bemängelt, in den erstgenannten Fällen zu übereinstimmenden, in den letztgenannten zu abweichenden Resultaten führen soll. Franz verteidigt im einzelnen die Vorzüge seiner Untersuchungsmethode.

Auch Zinsser (116) stellte Untersuchungen an über die Toxizität des Harnes puerperaler und eklamptischer Frauen: Pfeiffer fand im Meerschweinchenharn im anaphylaktischen Schock in grosser Menge einen im normalen Harn in Spuren vorhandenen Stoff, der, Meerschweinchen intraperitoneal injiziert, sie unter anaphylaktischen Erscheinungen schädigt oder tötet. Diese Harngiftigkeit beruhe auf ihm beigemischten Produkten parenteraler Eiweissverdauung. Demnach würde eine solche biologische Auswertung des Harns ein Kriterium dafür sein, ob in einem bestimmten Falle parenteraler Eiweisszerfall vorliegt. Unabhängig voneinander studierten Esch und Franz die Frage nach anaphylaktischen Vorgängen im Puerperium bzw. bei der Eklampsie unter Anwendung der Pfeifferschen Technik. Franz fand den Harn gesunder Schwangerer nicht giftiger als den Nichtschwangerer. In der Geburt war die Giftigkeit gegenüber Schwangerschaft und Wochenbett erhöht. Im Wochenbett war die Giftigkeit höher als in der Schwangerschaft, geringer als in der Geburt. Der Harn Eklamptischer ohne oder mit geringer Nierenschädigung war sehr stark giftig. Daraus folgert Franz bei den normal Gebärenden, besonders aber bei den Eklamptischen eine akute Eiweisszerfallstoxikose. Zu durchaus abweichenden Resultaten gelangte Esch. In der Schwangerschaft fand er die Harngiftigkeit kaum gesteigert, in der Geburt eher vermindert, am 4.—5. Wochenbettstage ein wenig erhöht. Wohl aber gelang es ihm, ein Tier durch Harn einer Eklamptischen nach typischen anaphylaktischen Erscheinungen zu töten. Esch liess mit Rücksicht auf sein kleines Material die Frage über den Zusammenhang zwischen Eklampsie und Harngiftigkeit offen. Doch führten seine Untersuchungen zu der Arbeitshypothese, dass vielleicht die Bestimmung des Giftigkeitstiters des Harns in prognostischer Hinsicht und zur Kontrolle der Therapie Bedeutung gewinnen könnte. Die widersprechenden Ergebnisse von Esch und Franz veranlassten Zinsser zu einer Nachprüfung mit folgendem Resultat: Es gelang nicht, ein Tier durch Injektion des Harns Eklamptischer zu schädigen oder gar zu töten. Die bei den Tieren beobachteten Temperaturschwankungen liessen keinen Zusammenhang erkennen mit dem klinischen Verlauf der Erkrankung, auch nicht mit dem Grade der Nierenschädigung. Die biologische Auswertung des Harns bot weder bei Gebärenden noch bei Eklamptischen Anhaltspunkte für das Vorhandensein eines parenteralen Eiweisszerfalles.

Landsberg (60) bestimmte bei 10 Eklamptischen quantitativ im Urin: Gesamtstickstoff, Ammoniakstickstoff, Aminosäurenstickstoff, Azidität; im Blut: Fibrinogen und die stickstoffhaltigen Kristalloide. Unter Berücksichtigung des klinischen Verlaufes und etwaiger Sektionsprotokolle dieser Fälle und gestützt auf eigene Tierexperimente, bei denen er Hunden Plazentarpresssaft injizierte, gelangte Landsberg zu folgenden Schlüssen: In der Mehrzahl der Fälle war im Harn der Prozentgehalt an Ammoniak und Aminosäurenstickstoff vermehrt und zwar in jedem einzelnen Fall in verschiedenem Grade, der Harnstickstoff vermindert, die Azidität in ungleichem Masse erhöht. Diese Abweichungen von der Norm sind nicht für Eklampsie spezifisch. Gesteigerte Säurebildung im Organismus bezw. Sauerstoffmangel und gesteigerter Eiweisszerfall und der Umstand, dass eine geschädigte Niere Harnstoff schwer ausscheidet, erklären seine Befunde. Auch die Vermehrung des Reststickstoffes ist die Folge verminderter Harnsekretion. — Der Fibrinogengehalt im Blut ist zwar bei Eklampsie meist höher als in der normalen Schwangerschaft, doch kommt dem keine besondere Bedeutung zu. Bei Hunden erfährt die Fibrinogenmenge und die Leukozytenzahl eine Zunahme durch intraperitoneale Plazentarpresssaftinjektion. Da in der Gravidität sicher fremdes Eiweiss in das Blut eindringt und Blutveränderungen bei normaler und pathologischer Schwangerschaft einerseits und nach Injektionen von Gewebssäften und parenteraler Eiweisszufuhr andererseits auffallend ähnlich sind, hält Landsberg einen Zusammenhang beider Vorgänge für möglich.

Im Gegensatz zu Landsberg und anderen hält Dienst (17) daran fest, dass bei Eklampsie der Fibrinogengehalt des Blutes erhöht ist. Den Gesamteiweissgehalt des Blutplasma fand Dienst bei Schwangeren und Kreissenden geringer als in der Norm, noch geringer bei Eklamptischen. Die Annahme, dass das schädliche Agens sowohl bei Eklampsie als auch bei Schwangerschaftsniere sowie bei Hydrops ohne Albuminurie das Fibrinferment sein müsse, konnte Dienst dadurch stützen, dass er in fast allen derartigen Fällen einen als Fibrinferment angesprochenen Stoff im Blutplasma fand, der bei normalen schwangeren und nicht schwangeren Frauen fehlte. Im Tierexperiment löste Fibrinferment Gefässkrampf aus. — Das in der Leber produzierte Antithrombin, das normalerweise das Fibrinferment bindet, so dass es nicht im kreissenden Blut nachweisbar ist, wurde in einem aus der Leber einer Eklamptischen hergestellten Extrakt vermisst. In der unzureichenden Antithrombinproduktion, die zu einer Überladung des schwangeren Organismus mit Thrombin führt, sieht Dienst die Grundursache der Eklampsie und der Schwangerschaftsniere. — Ferner wurde im Fruchtwasser Eklamptischer eine grössere Fibrinfermentmenge gefunden wie im normalen Fruchtwasser, in dem es Dienst schon im zweiten Monat nachweisen konnte. Das Fibrinferment wird jenseits des intervillösen Raumes und besonders jenseits des rechten Vorhofes durch das im Lebervenenblut enthaltene Antithrombin bei normalen Schwangeren in seiner ganzen Menge unschädlich gemacht, bei Eklamptischen infolge Antithrombinmangels in der Leber dagegen nicht. Je nach der Menge des aus der Plazenta stammenden und im mütterlichen Organismus nicht entgifteten Fibrinfermentes kommt es zu Schwangerschaftsalbuminurie, zu Hydrops graviditatis oder zu Eklampsie. Für die Therapie ergibt sich folgendes: Gegen den Gefässkrampf sind Narkotika in geringen Mengen nach Stroganoff zu geben, zur Herabsetzung des Blutdruckes ist Aderlass angezeigt. Hirudin, ein direktes Antithrombin, verspricht ebenfalls Erfolg. Im Gegensatz zu Stroganoff befürwortet Dienst die tunlichst rasche Entfernung der Plazenta als die Bereitungsstätte des Fibrinfermentes, sobald es schonend für die Mutter möglich ist.

Gegen diese Arbeit wendet Landsberg (60) ein, dass bei der Dienstschen Auffassung eine Erklärung fehle für die erhebliche Leukozytose und Fibrinogenvermehrung bei normalen Schwangeren und Kreissenden, bei denen doch das Fibrinferment unschädlich gemacht wird.

Mit den Leberveränderungen in der Schwangerschaft und bei Gravidität beschäftigt sich Opitz: Opitz (79) weist nach, dass die Beobachtungen Hofbauers, auf Grund deren er den Begriff der „Schwangerschaftsleber" geprägt hat, auch eine andere Deutung zulassen. Doch kann ein gewisser Einfluss der Gravidität auf die Leber mit Rücksicht auf die Eklampsiebefunde nicht geleugnet werden. Opitz fand zwar histologisch bei Kaninchen, Meerschweinchen und Ratten regelmässig keine Veränderungen im Sinne der Hofbauerschen Schwangerschaftsleber, doch gibt er die Möglichkeit dieses Krankheitsbildes immerhin zu bei Frauen mit verminderter Anpassungsfähigkeit der Leber.

Benthin (6) führte Blutzuckerbestimmungen an Frauen in den verschiedenen Gestationsperioden aus und fand während der Menstruation und der verschiedenen Zeiten der Schwangerschaft in Übereinstimmung mit Neubauer und Novak Blutzuckerwerte innerhalb der physiologischen Grenzen. Nicht selten bestand dagegen eine Geburtshyperglykämie infolge der Muskelmehrarbeit. Bei extramenstruellen Blutungen und in zwei Fällen von Hyperemesis bestand keine Abweichung von der Norm. Dagegen war der Blutzuckergehalt fast immer deutlich erhöht bei Eklampsie, und zwar auch bei Wochenbettseklampsien; da diese Steigerung besonders nach einem Anfall nachzuweisen war, lag es nahe, sie auf die Krampfzustände, also auch auf Muskelmehrarbeit zurückzuführen. Eine gröbere Störung des Kohlehydratstoffwechsels bei Eklampsie schliesst Benthin jedenfalls aus. Blutdruck, Aderlass, Nephritis und Narkotika waren ohne Finfluss auf den wechselnden Blutzuckergehalt vor und nach dem Anfall. Ebensowenig steigerte Zufuhr von Traubenzuckerlösung die Hyperglykämie nach dem Anfall. Gleichwohl ist eine Leberfunktionsstörung denkbar, doch kann sie nur leicht sein. Zur Erklärung der nur gelegentlich im Verlaufe einer Schwangerschaft auftretenden Stoffwechselstörungen greift Benthin auf die Veränderungen der Tätigkeit der innersekretorischen Drüsen zurück. Bezüglich der Frage, ob etwa eine Schwangerschaftshypertrophie der Nebennieren als ätiologisches Moment gelten könne, gelangt Benthin zu einem non liquet. — Keinesfalls kann man eine Leberfunktionsstörung, wenigstens soweit der Zuckerstoffwechsel in Frage kommt, für das Zustandekommen einer Eklampsie verantwortlich machen.

Kehrer (55), der den Kalkgehalt des durch Venenpunktion gewonnenen Blutes bestimmte, fand in der normalen Schwangerschaft erhöhte, bei Nephritis gravidarum geringere und bei Eklampsie erheblich geringere Werte. Bei Frauen mit Schwangerschaftsnephritis und Eklampsie stieg der Blutkalkgehalt im Wochenbett stärker an als bei normalen Wöchnerinnen (die allerdings in der Mehrzahl nicht stillten).

Gleich Kehrer fand Linzenmeier (68) den Kalkgehalt des Blutes in der Schwangerschaft erhöht, im Gegensatz zu ihm aber keine Verminderung des Kalkgehaltes bei der Eklampsie. Da dem Fötus von der Mutter auf dem Blutwege die zum Skelettaufbau nötige Kalkmenge zugeführt wird, empfiehlt Linzenmeier Kalkzufuhr bei der Mutter mit der Nahrung im Überschuss.

Engelmann und Elpers (22) bestimmten die Viskosität des Blutes bei Eklampsie und anderen Erkrankungen. Die Blutzähigkeit ist abhängig vom Gehalt des Blutes an korpuskulären Elementen, Eiweiss, Gasen und kolloidalen Körpern, besonders an Globulinen. Schwitzbäder u. dgl. bewirken Eindickung des Blutes, also Erhöhung, Infusionen, Aderlässe und Blutverluste Verdünnung, also Verminderung der Blutviskosität. Das Blut wird aus dem Ohrläppchen entnommen und mit dem Hessschen Apparat untersucht. Der Normalwert beträgt 4,22 bzw. 4,38; gegen Ende der Schwangerschaft war die Viskosität herabgesetzt auf 3,6—3,7, bei Kreissenden auf 3,9; vom 10. Wochenbettstage an wurde der Wert wieder normal. Bei Eklampsie dagegen war die Viskosität erheblich erhöht, durchschnittlich auf 5,0 (also um ca. 40%).

Der Aderlass, besonders in Verbindung mit intravenösen Injektionen, vermag in ausgezeichneter Weise die Blutviskosität herabzusetzen, also auch die durch sie bedingten Schädigungen, beispielsweise bei der Eklampsie, zu beseitigen. — Durch Genitalblutungen verschiedener Ätiologie wird die Viskosität mehr oder weniger stark herabgesetzt, in einem Fall von Myomblutungen auf 2,6. Da bei entzündlichen und eitrigen Erkrankungen die Viskosität erhöht ist, so kann die Viskositätsbestimmung der Differentialdiagnose zwischen Tubargravidität und Adnexentzündung nutzbar gemacht werden.

Die Blutviskosität beim Neugeborenen ist um mehr als die Hälfte gegenüber der des mütterlichen Blutes erhöht (5,8 : 3,7).

Jaworski (52) teilt seine Erfahrungen bezüglich der Abderhaldenschen Reaktion an Schwangeren mit unter besonderer Berücksichtigung der Extrauteringraviditäten. Er untersuchte u. a. auch drei Fälle von Hyperemesis gravidarum; die Reaktion war in diesen drei Fällen auffallend schwach positiv, ebenso wie in zwei Fällen von Eklampsie. Er hält diese Übereinstimmung nicht für eine zufällige. Vielleicht werden bei diesen beiden Krankheitsprozessen im mütterlichen Organismus ungenügende Mengen von Schutzfermenten produziert und dadurch eben die Erkrankung bedingt; eine andere Hypothese wäre die, dass zwar eine genügende Menge von Fermenten gebildet wird, dass sie jedoch das Plazentareiweiss in anderer Richtung abbauen; die so entstehenden Stoffe könnten dann ebenso wie das Plazentareiweiss blutfremd im Sinne der Abderhaldenschen Theorie sein und die pathologischen Symptome hervorrufen.

Stange (99) wies in zwei Eklampsiefällen durch das Abderhaldensche Dialysierverfahren eine gesteigerte Abbaufähigkeit der Eklampsieplazenta gegenüber Schwangerenserum im Vergleich mit normaler Plazenta nach. Vielleicht ist das biochemische und histologische Gefüge eklamptischer Plazenten lockerer als das normaler.

Ein Vergleich des Symptomenkomplexes der Anaphylaxie mit dem der Eklampsie: Hier Koma, Krämpfe, keine Exantheme, kein Fieber, meist Albuminurie höheren Grades; dort Fieber, Exantheme, nur selten und dann nur geringe Albuminurie, führt Liepmann (66) zu dem Schluss, dass die Eklampsie und die Anaphylaxie durchaus verschiedene Erkrankungen sind. Müsste doch die Eklampsie, wäre sie ein anaphylaktischer Vorgang, bei jeder neuen Schwangerschaft wieder und in verstärktem Masse auftreten, was in der Tat nicht der Fall ist. Liepmann weist auf die Plazenta als die Giftquelle bei der Eklampsie hin auf Grund seiner experimentellen Untersuchungen und bezeichnet die Ausschaltung der Giftquelle, also die Schnellentbindung als die beste Behandlung unter Hinweis auf die Freundsche Statistik, die an 500 Fällen, die nach dem ersten Anfall entbunden wurden, eine Mortalität von 0% aufweist, während Liepmann selbst 104 Fälle mit 2,8% Mortalität beobachtete, die bis zu 6 Stunden nach dem ersten Anfall entbunden wurden.

Jahnel (49) beschreibt die geistigen Störungen bei Eklampsie: In 6% der Fälle treten bei Eklampsie psychische Störungen auf. Die eklamptischen Delirien haben eine gewisse Ähnlichkeit mit den alkoholischen. Eine retrograde Amnesie ist charakteristisch. Die Differentialdiagnose wird eingehend behandelt.

Die Verbreitung des Kropfes bringt Mertkens (73) in Beziehung zur Eklampsie: Unter 6533 Wöchnerinnen der Jahre 1904—1911 hatten 3380 = 51,78% Kropfbildung, aber nur fünf Frauen von mindestens Faustgrösse. Im Gegensatz zu Bircher, der Kropf nur auf maritimen Ablagerungen, nicht auf Eruptivgestein fand, konnte Mertkens eine gleichmässige Verteilung auf beiden Gesteinsarten nachweisen. Eklampsiefälle kamen 400 = 61% zur Beobachtung: die relative Seltenheit bringt Mertkens in ursächlichen Zusammenhang mit dem Vorkommen der Struma. Auch die Mortalität und der Albumengehalt ist geringer bei Eklampsie mit Struma. Das Kolloid der Struma ist nach Mertkens vielleicht imstande, das Eklampsiegift zu paralysieren.

Über einen bemerkenswerten Obduktionsbefund berichtet Albert (1): Die Obduktion einer nach eklampsieverdächtigen Symptomen 5 Stunden post partum verstorbenen Mehrgebärenden ergab neben typischer Eklampsieleber und Nephritis eine eitrige Endometritis mit nach Gram positiven Diplokokken. Derartige Beobachtungen, wenn sie sich häufen sollten, wären geeignet, die Ansichten über die Ätiologie der Schwangerschaftstoxikosen vollständig umzustossen.

Haendly (41) beschreibt einen Fall von typischer Eklampsie in der 14. Schwangerschaftswoche, der nach Entfernung der Frucht und Venaesektion in Heilung ausging. Alle anderen differentialdiagnostisch in Frage kommenden Krankheiten waren auszuschliessen. Die Prognose bei Eklampsie in so frühen Monaten gilt als ernst; es lag hier ein minderschwerer Fall vor.

Viermaliges Auftreten von Eklampsie bei derselben Patientin beschreibt Holste (46): Eine sonst gesunde Frau, die einmal spontan geboren hatte, erkrankte in vier aufeinanderfolgenden Jahren bei jeder neuen Schwangerschaft an Eklampsie, im 10. bzw. 7., 4. und 6. Schwangerschaftsmonat. Sie starb an Bronchopneumonie. Die erste Entbindung wurde durch Metreuryse beendigt. Das zweite Mal wirkte Stroganoffs Methode geradezu ideal, das dritte Mal versagte sie vollkommen; erst nach Entleerung des Uterus trat Heilung ein; die vierte Erkrankung widerstand allen therapeutischen Versuchen. Einen analogen Fall fand Holste nicht in der Literatur.

Eine grosse Zahl von Arbeiten ist der Ätiologie und der Therapie der Eklampsie gewidmet. Unter den letztgenannten sind zahlreiche, die die konservativen Behandlungsmethoden nach dem Vorgange von Zweifel und Stroganoff gegenüber dem operativen Eingreifen empfehlen, das bis dahin wohl die meisten Anhänger aufzuweisen hat. Aber auch der sog. Therapie der mittleren Linie wird in nicht wenigen Arbeiten das Wort geredet.

Baisch (3) verfolgte das spätere Schicksal von 250 nierenkranken Schwangeren und Kreissenden und von 450 Fällen von Schwangerschaftsniere. In 57 % der Fälle von Nephritis gravidarum trat Eklampsie hinzu; ein Viertel der Eklampsien starb. Von den Nephritiden ohne Eklampsie starb nur eine Frau mit Myodegeneratio cordis. 9 von 110 Nephritischen starben in den nächsten Jahren; von 60 Eklamptischen 6 = 10 %. Dauernd invalid waren ebenfalls 10 %.

Ebenso wichtig wie der Anfall sind nach Sharp (96) die präeklamptischen Symptome. Das Gift ist nicht bakterieller Natur. Vielleicht ist die Ursache in einer Störung der inneren Sekretion zu suchen in Form von vermehrter Tätigkeit der Nebennieren und Hypophysis und verminderter Sekretion der Schilddrüse. Auch spielen stickstoffreiche Nahrung, Zersetzungen im Darm etc. eine gewisse Rolle. Den Hauptwert in der Behandlung legt Sharp auf die Prophylaxe: bei den ersten Anzeichen einer drohenden Eklampsie empfiehlt er Milch und vegetarische Diät und Sorge für ausgiebige Darmentleerungen, Magendarmspülungen, Fernhalten aller äusseren Reize, Natrium bicarbonicum, Magnesium sulfuricum per os bzw. rectum, sowie Aderlässe. Sharp ist Gegner jeder Schnellentbindung, höchstens Kaiserschnitt kommt unter Umständen in Frage.

Die Behandlung des präeklamptischen Zustandes hält Ballantyne (4) für besonders wichtig. Regelung des Stuhlganges, Anregung der Hauttätigkeit, Milchdiät. Ferner ebenso wie bei ausgebrochener Eklampsie: Aderlass, Kochsalz oder Kalziumchloridinfusionen, Spülung des Magens mit Magnesiumsulfatlösung durch den Magenschlauch, Rizinusöl, heisse Packungen. Die mütterliche Mortalität betrug 9,6 %.

Nach Exstirpation der Nebenschilddrüsen sah Massaglia (71) erst in der Schwangerschaft bei Hündinnen tetanische Anfälle auftreten. Massaglia gibt aber zu, dass eine parathyreoidale Insuffizienz nicht genügt, die Eklampsiesymptome zu erklären, wie es Vassale behauptet hat.

In einem Sammelreferat stellt Jeannin (53) die besonders auf experimentell-biologischem Gebiet gewonnenen Ergebnisse zusammen über die spezifische Toxizität des Plazentarextraktes und seine zytolytische und hämolytische Wirkung an Tieren verschiedener und der gleichen Art; eine Spezifizität kann nicht als sicher gestellt gelten. Was im besonderen die Eklampsie betrifft, so ist man auch hier zu einem non liquet gelangt sowohl was die Giftigkeit, als auch was die zytolytische und hämolytische Wirkung anlangt. Auch die Abderhaldensche Methode ergibt noch keine eindeutigen Resultate.

Jarzew (51) sieht als Ursache der Eklampsie die Ansammlung von Eiweissstoffen (Globulinen) im Blut infolge von Erschlaffung oder Funktionsausfall der Plazenta bei geschädigter regulatorischer Tätigkeit der Leber an. Gesteigerte Viskosität des Blutes und Überfüllung des arteriellen Systems sind die Folgen. Gehirnhyperämie steigert den intrakraniellen Druck und führt zu den Krampfanfällen. Schliesslich kommt es mit fortschreitendem Übertritt von Globulinen ins Blut zu Toxämie. Die Behandlung hat zu bestehen in Darreichung von Narkotika nach Stroganoff, beschleunigter Entbindung und Aderlässen mit oder ohne nachfolgender Kochsalzinfusion.

Nach Prentiss-Wilson (83) ist die Sauerstoffinsufflation der Brüste als harmlos bei Eklampsie zu versuchen, die Frage, ob ein Parallelismus zwischen menschlicher Eklampsie und der Gebärparese der Kühe besteht, bedarf erst noch gründlichen Studiums.

Pfeiffer (82) unterscheidet: eine hepatische und eine nephritische Form der Schwangerschaftstoxikosen. Untersuchung des Urins in bezug auf Stickstoff-Eiweiss-Azetonausscheidung, Blutdruckmessung, Leukozytenzählung ist notwendig. Augensymptome, ebenso Krämpfe (Übergang zur Eklampsie) sind Indikationen zur schonenden Entbindung; auch Stroganoffs Methode kommt in Frage.

Zinke (114) empfiehlt das Veratrinum virid. in Form von Norwoords Tinktur subkutan injiziert. bei Eklampsie, daneben Seifenwassereinlauf, Bäder, ev. Chloral per rectum, kein Chloroform, kein Morphium; keine Früh- oder Schnellentbindung. Mütterliche Mortalität 13,3%. Kindliche Mortalität 50%.

Rissmann (85) geht aus von der Vorstellung, dass normale und pathologische Stoffwechselprodukte, sei es von der Mutter, sei es vom Kind gebildet, es sein könnten, die bei der Eklampsie in erster Linie Gehirn und Rückenmark schädigen und hier also zu zerstören sind. Nach den guten Erfolgen der Chirurgen beim Tetanus mit Magnesiumsulfat nach Meltzer und anderen injizierte er einer Eklamptischen 5 ccm einer 15%igen Magnesiumsulfatlösung in den Lumbalsack, ca. 12 Stunden post partum nach 11 Anfällen. Der Puls war fadenförmig, das Bewusstsein erloschen, die Urinmenge gering. Der letzte Anfall erfolgte, während die Nadel im Lumbalsack lag. Die Wirkung des Mittels ist auf die sensiblen Zellen beschränkt (nach Hyndham und Mitchener) und ist eine spezifische des Magnesiums (nach Auer und Meltzer). Nach Injektion 25%iger Lösung traten schwere Vergiftungserscheinungen auf. 5—7 g einer 10—15%igen Lösung hält Kocher für ungefährlich.

Guggisberg (39) hält eine vorsichtige Injektion von Magnesiumsulfatlösung (zwischen 5 und 10 g einer 15%igen Lösung) in den Lumbalsack für berechtigt, wenn die Anfälle bei Eklampsie nicht aufhören und bei Wochenbetteklampsien, doch weist er gegenüber Rissmann auf die Gefahr der Atemlähmung hin.

Analog der Tetanusbehandlung gab Wallace (107) in zwei Fällen von Eklampsie Magnesiumsulfatlösung intralumbal. Die Anfälle blieben 7 bzw. $4^1/_2$ Stunden aus. Beide Fälle wurden mit lebenden Kindern geheilt entlassen.

Mayer (72) behandelte zwei Eklampsiefälle mit Injektion von normalem Schwangerenserum in den Lumbalsack: die eine moribund eingelieferte Patientin starb, der andere anscheinend aussichtslose Fall genas.

Engelmann (20) sah im Gegensatz zu Freund günstige Erfolge mit der Infusion von Ringerscher Lösung bei Eklamptischen, deren Wirkungsweise auf chemisch-physikalischem Wege zu erklären sei, kombiniert mit Aderlass.

Schwab (95) empfiehlt für die Fälle von Eklampsie, in denen die Kohlensäureüberladung des Blutes infolge mangelhafter Atmung das Krankheitsbild beherrscht, Tracheotomie mit anschliessender Sauerstoffspülung der grossen Bronchien durch einen bis zur Bifurkation geführten Gummikatheter, ein Verfahren, das Brauer bei einer schweren Morphiumvergiftung erprobte.

Ein ausführliches Sammelreferat führt Gibbons (33) zu folgenden Schlussfolgerungen: Ein im Blut zirkulierendes Gift scheint die Ursache der Eklampsie zu sein. Die besten Resultate für Mutter und Kind gibt die Früh- bzw. Schnellentbindung (noch 5% Mortalität). Je später die Entbindung ausgeführt werden kann, um so schlechter ist die Prognose.

Die Erfahrungen an 158 ausführlich beschriebenen Eklampsiefällen (der Breslauer Klinik) überzeugten Rohrbach (86) von der Richtigkeit der Freundschen Auffassung, dass die frühzeitige und rasche Uterusentleerung den Ausgang der Erkrankung günstig beeinflusst, auch wenn die Anfälle dadurch nicht unterdrückt werden. Bezüglich Stroganoffs Methode, der Mammaamputation nach Sellheim und der Trepanation bzw. Uterusexstirpation nach Zangemeister liegen ausreichende Beobachtungen nicht vor. Sauerstoffinhalationen, Chloral und Morphium werden gegeben; die Chloroformnarkose wird widerraten. Häufig wird ein grösserer Aderlass von 300—500 ccm ausgeführt. Hirudininjektionen waren von wechselndem Erfolg begleitet. Seruminjektionen waren erfolglos.

Nacke (76) spricht sich für die Schnellentbindung aus; ihre Wirkung kann nicht lediglich auf dem Blutverlust beruhen, die Entleerung des Uterus an sich ist wichtig: die Reizwirkung, bedingt durch die grosse Ausdehnung der Gebärmutter, wird beseitigt, die Wehen und Presswehen mit ihrer Drucksteigerung im Aortensystem fallen fort, sowie der Druck auf die Nierenvenen. Auch bei Herz- und Lungenkranken kann man ja die günstige Wirkung der Uterusentleerung beobachten. Less gibt zum Beweis eine Übersicht über die mit Aderlass behandelten Fälle: In einem Fall erschien die günstige Wirkung des Aderlasses eklatant, doch heilten von 26 Eklampsien 24 Fälle ohne Aderlass.

Dass das Eiweiss aus der Peripherie der Plazenta das Eklampsiegift liefert, dieser Satz wird nach Veit (104) bald allgemeine Geltung finden, und zwar besonders auch durch Untersuchungen, die erst die optische Methode Abderhaldens ermöglichte. Danach ist als Therapie die Schnellentbindung, die Entfernung der Plazenta als Giftquelle, theoretisch am besten begründet, besser als die Narkose zur Beseitigung der Hauptgiftwirkung, der Krämpfe, und der Aderlass zur teilweisen Ausschaltung des vergifteten Blutes. Zur Schnellentbindung den abdominalen Kaiserschnitt nach dem Vorgange von Halbertsma zu wählen, konnten sich zu jener Zeit nur wenige Geburtshelfer entschliessen; auch der vaginale Kaiserschnitt Dührssens fand zahlreiche Anhänger erst, seit Bumm ihn durch die Umwandlung in die „Hysterotomia anterior" nahezu gefahrlos gestaltet hatte. Diese Operation hat an sich, richtig ausgeführt, keine Mortalität. Zur Wahrung der Aseptik und Sicherstellung geübter Assistenz ist im allgemeinen klinische Aufnahme vorzuziehen. Die ausserordentliche Schwierigkeit und Unsicherheit der Prognosestellung ist ein Hindernis für die Kritik der Behandlungsmethoden. Das Stroganoffsche Verfahren, Anwendung von narkotischen Mitteln unter Vermeidung grosser Dosen, erwarb sich in letzter Zeit Anhänger trotz der ihm entgegenstehenden theoretischen Bedenken. Bezüglich der glänzenden Resultate Zweifels mahnt Veit zur Vorsicht gegenüber der Statistik; auf die letzten 60 Fälle kam zwar kein Todesfall, auf die ersten 20 Fälle aber 5; er selbst konnte mit Hysterotomia anterior 21 Fälle hintereinander zur Heilung bringen, danach kamen auf 18 in gleicher Weise

behandelte Fälle 5 Todesfälle; es gibt eben sehr schwere und sehr leichte Fälle. Am günstigsten sind die Fälle, die nach dem ersten Anfall entbunden werden können. Auf schnellste Meldung durch die Hebammen muss demnach gedrungen werden. Die Hysterotomia anterior hält Veit nach seinen Erfahrungen nicht für einen stärkeren Nervenreiz als die Zange bei eröffnetem Muttermund, im Gegensatz zu Zweifel. Veit empfiehlt Kombinierung beider Methoden: Schnellentbindung; bei geringem Blutverlust Aderlass; hören die Anfälle nicht auf, Behandlung nach Stroganoff, oder: zuerst Aderlass, folgt noch ein Anfall, Entbindung, danach nötigenfalls noch Stroganoffs Therapie. Ein abschliessendes Urteil über den Wert der verschiedenen Behandlungsmethoden kann erst die Zukunft bringen.

Winter (111), der in letzter Zeit in seiner Klinik den primären Aderlass im Verein mit der Stroganoffschen Methode anwandte, ist nicht überzeugt, dass diese Behandlungsweise der früher geübten Schnellentbindung überlegen ist. Auch im Hinblick auf die sehr ungünstige Einwirkung der Wehen auf die Eklampsie hält Winter für die frischen Fälle den Kaiserschnitt für das beste Verfahren, während für die spät in Behandlung kommenden Fälle auch die Stroganoffsche Methode in Frage komme.

Freund (31) berichtet über 46 nach Zweifel behandelte Eklampsiefälle (darunter ein vaginaler Kaiserschnitt aus vitaler Indikation). Sie ergaben eine Steigerung der Kindesmortalität auf 41,9 % gegen 17,1 % bei der Frühentbindung, danach ist die Frage, ob die abwartende Therapie oder die Frühentbindung vorteilhafter ist, noch nicht entschieden.

Auf Grund von ca. 340 Fällen der Königsberger Klinik aus den Jahren 1882—1912 hält Schiller (91) die Therapie der „mittleren Linie“ für die aussichtsvollste bei der Eklampsie. Die Erfolge der Früh- bzw. Schnellentbindung, besonders des vaginalen Kaiserschnittes sind zu Beginn der Erkrankung ausgeführt der konservativen Therapie überlegen; das Gegenteil ist der Fall bei schon längere Zeit bestehender Erkrankung; auch die Schwangerschaftseklampsien sind konservativ zu behandeln. Mit Stroganoffs Methode unter tunlichster Einschränkung von Narkotika betrug die Mortalität der Mütter 8,6 %. Auch der Aderlass sollte häufiger ausgeführt werden. Ist der Muttermund vollständig erweitert, so sollte auch bei sonst abwartender Behandlung die Entbindung beschleunigt werden; die Eklampsie gehört in klinische Behandlung; die abwartende Therapie ist für den Praktiker die Methode der Wahl.

Nach Besprechung der Eklampsietheorien, von denen keine alle Erscheinungen erklärt, kommt Hüffel (48) zu dem Schluss, dass die Frage, ob Schnellentbindung oder konservative Behandlung vorzuziehen ist, als unentschieden gelten muss, wenn zurzeit auch die Stroganoff-Zweifelsche Methode besonders für den Praktiker vorteilhafter zu sein scheint.

Acht Eklampsiefälle, darunter fünf Wochenbettseklampsien, von denen eine starb, behandelte Uthmöller (103) mit grossen Aderlässen (bis zu 1250 ccm) und zwar in einer Sitzung. Im Gegensatz zu Zweifel hält er die Frühentbindnug für angezeigt.

Durch Schnellentbindung gelang es Schmidt (93) in den Jahren 1907 bis 1910, die frühere mütterliche Mortalität von 28,33 % auf 23,53 % herabzusetzen. Mit der Stroganoffschen Methode betrug dieselbe in den folgenden Jahren 26,31 %; Schmidt verspricht sich eine Besserung der Resultate von der Kombinierung dieser Methode mit Aderlässen nach Zweifel.

Lutz (70) berichtet über 45 Eklampsiefälle der Jahre 1909—1912 (1 Fall auf 107 Geburten), darunter 11 Wochenbettseklampsiefälle (24 %), eine 38 jährige IX gebärende war im ersten Kindbett vor 18 Jahren auch an Eklampsie erkrankt. Die Behandlung bestand in baldmöglicher Entbindung (also Metreuryse, Blasensprengung statt vaginalen Kaiserschnittes bei uneröffnetem Muttermund).

Drei Geburten verliefen spontan; 17 Zangen, 13 Wendungen, 3 Perforationen, 1 vaginaler Kaiserschnitt wurden ausgeführt. Aderlässe (500—800 ccm) subkutane Kochsalzinfusionen (1—$1^1/_2$ l), Morphium subkutan, Chloralhydrat per rectum, also „die Therapie der mittleren Linie" nach Engelmann. Die Mortalität der Mütter betrug 6,7 % im ganzen; 9 % bei den Wochenbetteklampsien, 5,9 % vor und während der Geburt, die der Kinder 36 %.

Nach Tourneau (101) hat die chirurgische Ära in der Eklampsiebehandlung als überwunden zu gelten. Auch ausserhalb der Klinik erzielte er durchaus befriedigende Erfolge mit der Stroganoffschen Methode, kombiniert mit Aderlässen nach Zweifel.

Stroganoffs Methode, Aderlässe und schonende Entbindung hält Labhardt (59) für die beste Therapie. Gegen die plazentare Theorie der Eklampsie wendet er sich auf Grund früherer eigener Versuche.

Nagel (77) gibt in seinem Vortrage einen Überblick über die wechselnden Auffassungen und Behandlungsmethoden der Eklampsie seit der Mitte des vorigen Jahrhunderts. Besonderen Wert legt Nagel auf die Prophylaxe durch entsprechende Diät bei Nierenerkrankungen in der Gravidität. Von der Schnellentbindung hält Nagel nichts, ebensowenig wie vom Aderlass; Chloroform und Morphium nach Gusserow zur Unterdrückung der Anfälle empfiehlt er dagegen, sowie Anregung der Diaphorese, Kochsalzlösungen per rectum und Sauerstoffinhalationen. Er schliesst mit einem Hinweis auf die guten Resultate der Stroganoffschen Methode.

Lichtenstein (65) gibt die Krankengeschichten von 94 Fällen abwartend behandelter Eklampsien und vergleicht sie statistisch mit den Zusammenstellungen von Liepmann, Freund und Fromme der aktiv behandelten Fälle. Die Mortalität betrug insgesamt 5,3 %; die der 81 Geburtseklampsien 6,2 %. Die abwartende Behandlung war in keinem Falle Schuld an dem Tode. 37,3 % der Kinder kamen tot zur Welt oder starben in der Klinik, gegen 38,8 % bei aktiver Therapie. Von den lebensfähigen Kindern starben 21,3 % gegen 36 % bei aktiver Behandlung. Ausser einem vaginalen Kaiserschnitt bei einer Frau, die trotz der Operation starb, wurden nur Eingriffe wie Zange, Wendung, Extraktion, Perforation, manuelle Plazentarlösung etc. ausgeführt und zwar ohne Nebenverletzungen. 62,8 % der Frauen kamen spontan nieder. Bei 54,3 % hörten die Anfälle nach einem Aderlass auf. 42 % = 34 Fälle heilten vor der Entbindung aus, davon 22 mit lebendem Kind (die „interkurrenten" Eklampsien). Eine Serie von 74 Fällen ging in Heilung aus. Die Statistiken der aktiv behandelnden Geburtshelfer gestatten nach Lichtenstein nur den Schluss, dass „Früh behandeln besser ist als spät behandeln". Neben der Stroganoffschen Therapie in Verbindung mit Aderlass empfiehlt Lichtenstein noch besonders die Seitenlage der Patientin.

Zweifel (118) gibt einen Überblick über die Behandlungsmethoden der Eklampsie, die im Laufe der Zeiten einander abgelöst haben, nicht ohne auf die theoretische Begründung der jeweils besprochenen Therapie einzugehen. — Ein Aderlass war früher die erste Massnahme, die nur bei anämischen Individuen unterblieb, bei denen man durch Opium, Morphium oder Chloroform die Reflexerregbarkeit des Nervensystems herabzusetzen versuchte. Die Entbindung wurde nicht forciert. — Rosenstein nahm im Gegensatz zu der bis dahin geltenden Anschauung an, dass die Ursache der Krämpfe eine Gehirnanämie sei, bedingt durch ödematöse Ausschwitzungen im Schädelinneren. Eine Verdünnung des Blutes analog der Urämie und Erhöhung des arteriellen Blutdruckes durch die Wehen sollte das Gehirnödem bewirken. Während nun Rosenstein in Rücksicht auf die Blutdrucksteigerung den Aderlass noch für berechtigt hielt, stellte Karl Schroeder die wässerige Blutbeschaffenheit in den Vordergrund und verwarf demnach den Aderlass. Ausser Morphium subkutan und Chloralhydrat per rectum gab man tiefe Chloroformnarkose bis zu 12 Stunden Dauer

und länger, dazu heisse Bäder und Pilokarpin zur Anregung der Schweissabsonderung. Die Behandlungsart war also von etwa 1870—1891 nicht operativ und stark narkotisch mit Ausschluss des Aderlasses, aber mit Anregung der Diaphorese, hauptsächlich allerdings durch physikalische Mittel. — Durch Dührssen wurde angebahnt die operative Behandlung, meist unter möglichster Beschränkung der Narkotika und Ausschluss der Diaphorese. Dührssen fordert die sofortige operative Entbindung jeder Eklamptischen, wozu sein vaginaler Kaiserschnitt, den er später ausbildete, die Möglichkeit gab, also die Frühentbindung, d. h. die Entbindung nach dem ersten Anfall, und wenn diese nicht möglich, die Schnellentbindung, d. h. sobald die Eklamptische in die Behandlung des Operateurs kam; in 93,75% der Fälle hörten die Krämpfe nach Anwendung dieser Therapie auf. — Zweifel hatte mit diesem Verfahren, indem er wegen der nach Chloroformnarkose beobachteten Verfettung des Herzmuskels Äther als Operationsnarkotikum wählte, von 1892—1895 eine Mortalität von 15%. Die Anfälle sistierten nur in 66% der Fälle unter Weglassung der Wochenbetteklampsien. Die Beobachtung der eigenen Fälle ergab Zweifel, dass sie besonders leicht und günstig waren, dass seine Erfahrung also nicht ohne weiteres als eine Bestätigung der Dührssenschen Grundsätze gelten konnten. Zweifel äusserte schon 1895 die Vermutung, ob nicht ein Teil der Erfolge auf Rechnung des Blutverlustes beim vaginalen Kaiserschnitt gesetzt werden müsse anstatt der Entleerung des Uterus. — Auch in den späteren Jahren bis 1910 schwankte die Mortalität bei dem gleichen Verfahren zwischen 17,24% und 18,5% ohne irgendwelche Abzüge. Der durch Lichtenstein nachgewiesene günstige Einfluss des Blutverlustes auf die Eklampsien gab Zweifel Veranlassung, von Januar 1911 ab die Eklampsien mit primären Aderlässen zu behandeln; vom 1. April 1911 ab wurde diese Methode mit der Stroganoffschen kombiniert. Unter leichter Äthernarkose wurden 500 ccm Blut entnommen, sodann nach dem Stroganoffschen Schema verfahren:

zuerst 0,015 Morph. hydrochlor.

1 Stunde nach Beginn der Behandlung	1,5—2,5 Chloralhydrat,
3 ,, ,, ,, ,, ,,	0,015 Morph. hydrochlor.
7 ,, ,, ,, ,, ,,	2,0 Chloralhydrat
13 ,, ,, ,, ,, ,,	1,0—2,0 ,,
21 ,, ,, ,, ,, ,,	1,5 ,,

Chloralhydrat wird in 300 ccm Milch oder physiologischer Kochsalzlösung per rectum zugeführt. Unter Umständen wird der Magen ausgehebert und Zitronen- oder Weinsäurelimonade gegeben. Die Zufuhr von 5 g Kochsalz und 5 g Natr. bicarb. auf 1 l sterilisierten destillierten Wassers dient der Anregung der inneren Oxydation sowohl wie der Diurese. Stroganoff gestattet, wenn die Anfälle nicht aufhören, nur ausnahmsweise operative Entbindung mit „schneidenden Instrumenten“; Zangen etc. sind bei gegebener Vorbedingung erlaubt. 84 in dieser Weise behandelte Fälle ergaben eine Mortalität von 5,9%; zuletzt 64 Fälle ohne Todesfall. Eine Gesamtmortalität von 2—3% hält Zweitel für ein erreichbares Ziel. — Die Kindermortalität betrug 34,5% gegen über 39% bzw. 34% der früheren Perioden, unter Abrechnung der Lebensunfähigen sogar nur 20,3% gegen 26% früher.

An der Liepmannschen gereinigten Statistik, der bei sofortiger Entbindung in 104 Fällen eine Mortalität von 2,8% berechnet, hat Zweifel unter anderem vor allem das auszusetzen, dass Liepmann die erst 6—12 Stunden nach dem ersten Anfall in die Klinik gebrachten Patientinnen abzieht. Aus Liepmanns Resultaten kann man nach Zweifel nur den Schluss ziehen, dass die Prognose sehr gut ist für die Frauen, die bald nach dem ersten Anfall entbunden werden. Die Freundsche Statistik, der die Fälle rubriziert, je nachdem 1, 4, 8 oder 12 Stunden nach dem ersten Anfall entbunden wurde, hält Zweifel für ebenso verfehlt wie die Liepmannsche. — Auch die hohe Mortalität der

Wochenbettseklampsien und die Fälle, in denen die Frauen nach Aufhören der Anfälle austragen, die „interkurrenten" Eklampsien Lichtensteins, sind Zweifel Beweis dafür, dass nicht die Entleerung des Uterus, also nicht die Frühentbindung das Wesentliche bei der Eklampsiebehandlung sein kann. Ebenso bilden sie ein Argument gegen die fötale und plazentare Theorie. Zum Schluss fordert Zweifel eine genaue Befolgung seiner und Stroganoffs Vorschrift von dem, der ein Urteil über den Wert der kombinierten Methode sich bilden will.

Nach Zondek (117) findet „Blut- und Lymphaderlass" an der Oberfläche der dekapsulierten Niere statt, besonders wenn sie venös hyperämisch ist; durch Drehung um ihren Stiel wird sie stärker hyperämisch. Auch Skarifikation der Niere hat Zondek früher schon empfohlen. Vielleicht beruht darauf die Wirkung der Dekapsulation bei Eklampsie.

Obwohl Essen-Möller (22a) die Eklampsie als eine Vergiftung auffasst, hat er die leichteren Fälle spontan verlaufen lassen und nur in den schwereren Fällen aktiv eingegriffen und nimmt eine individualisierende Stellung ein. Die Stroganoffsche Auffassung von Narkoticis als Gegengift gegen das Eklampsiegift, was er (Stroganoff) ja nicht kennt, scheint dem Verfasser irrationell. Er hebt hervor: Die Bedeutung von Prophylaxe, genaue Achtgebung auf den Eklamptismus (Ödem, Kopfschmerz, Eiweiss, Sehstörungen usw.), welcher die eigentliche Krankheit ist und welcher, wenn er sich nicht bessert, die unmittelbare Überführung der Patientin ins Krankenhaus oder Entbindungsanstalt behufs operativen Eingriff fordert. Laut der Meinung des Verfassers ist die Aussicht eines glücklichen Ausganges grösser, je früher die Patientinnen zur Behandlung kommen und dass in gewissen Fällen ein schnelles Ausschaffen des Eies notwendig ist, weil eine genaue Achtgebung auf den Verlauf der Eklampsie in dieser Richtung deutliche Anweisungen zu geben scheint. (Silus Lindquist.)

Bolten (7) teilt einen Fall von Eklampsie mit, der 7 Stunden nach spontaner Geburt auftrat bei einer Primipara, die während der Schwangerschaft niemals Albuminurie gezeigt hatte und bei der nur intermittierende Ödeme der unteren Gliedmassen, der Hände und des Gesichts aufgetreten waren. Die Therapie bestand in Morphininjektionen, Venae-sectio und subkutanen Salzwasserinjektionen. Theoretische Betrachtungen über die Nierenfunktion, die Verfasser im Anschlusse an diesen Fall anstellt, führen ihn dazu, bei Albuminurie Anwendung von Adrenalin per os zu empfehlen. (Mendes de Leon.)

D. Placenta praevia.

1. *Bar, Traitement chirurgical des hémorragies de la grossesse, de l'accouchement, de la délivrance. Arch. mens. d'obst. et de gyn. 1 Oct. 1912. Ref. La Presse méd. 8 Mars
2. Baux, Einige Fälle von tiefer Insertion der Plazenta. Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. 7. Jahrg. Nr. 12. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 14. p. 515.
3. Cooney, Vaginal cesarean section in certain cases of eclampsia, placenta previa, pernicious vomoting, and in hemorrhage due to premature separation of the placenta. Journ.-Lancet. Vol. 33. Nr. 10. p. 288.
4. *Couvelaire, Chirurgische Behandlung der Blutungen infolge Lösung der normal und falsch inserierten Plazenta. Revue prat. d'obst. et de péd. 25. Jahrg. Nr. 280 u. 281. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 14. p. 514.

4a. Dedow, Zur Kasuistik der Placenta praevia. Russki Wratsch. Nr. 28. (Zwei schwere Fälle von Placenta praevia centralis mit günstigem Ausgang für die Mutter.) (H. Jentter.)

5. *Doederlein, Über die Behandlung der Placenta praevia. 17. Intern. Kongr. London. Sektion. I. Hauptthema. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 1381. (Mit Diskussion.)
6. Dubrowinsky, Zur Behandlung der Placenta praevia. Inaug.-Diss. Berlin.
7. Engelmann, Drei Fälle von schwerer intrauteriner Blutung bei Placenta praevia. Sitzungsber. d. klin. Demonstrationsabende d. Krankenanstalt zu Dortmund. Med.

Klin. Bd. 9. p. 310. (Für derartige Fälle mit aussergewöhnlich starker Blutung empfiehlt Engelmann den abdominalen Kaiserschnitt.)
8. Essen-Möller, E., Ist Kaiserschnitt bei Placenta praevia berechtigt. Verhandl. d. obst.-gyn. Sekt. d. Ges. Schwed. Ärzte. Stockholm. Hygiea. Nr. 11. (Der Verf. ist überzeugt, dass man in den meisten Fällen von Placenta praevia mit gewöhnlichen geburtshilflichen Methoden auskommt, dass aber in Ausnahmefällen, wie der Verf. in zwei Fällen beschreibt, Kaiserschnitt wohl berechtigt sein kann.) (Silas Lindquist.)
9. *Fieux, Le traitement des hémorragies de la puerpéralité dôit-il être chirurgical ou obstétrical? Rev. prat. d'obst. et de gyn. Tome 21. p. 81. Journ. de méd. de Paris. Nr. 25. p. 503.
10. Foulkrod, Cesarean section for central placenta previa. Amer. Journ. of Obst. Vol. 67. p. 459. (Bericht über neun Fälle; eine Frau starb an Verblutung.)
11. *Gall, Pituglandol in der Behandlung der Placenta praevia. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 334.
12. Gilles, Placenta praevia central. Dilatation manuelle et accouchement par voie transplacentaire. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Nr. 6. p. 599.
13. *Haugh, E., und L. Meyer, Pituitrin as an Ecbolic Especially in Placenta praevia. Amer. Journ. of Obst. April. p. 799.
14. *Herz, Hypophysenextrakt bei Placenta praevia. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 41. p. 1536.
15. *Hoehne, Über einige aktuelle Fragen der letzten Jahre auf geburtshilflich-gynäkologischem Gebiet. Med. Klinik. Bd. 9. Beiheft 2. p. 33.
16. Kosmak, Dystocia following in interposition operation, complicated by placenta praevia. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 68. Nr. 4. p. 783. (Abdominaler Kaiserschnitt im siebenten Monat, Heilung.)
17. — A case of placenta praevia treated by cesarean section. Amer. Journ. of Obst. Nr. 5. p. 999.
18. Kouwer, Mammaabszess durch Infusion. Ned. Tijdschr. v. Verl. en Gyn. 23. Jan. (Fall multipler Mammaabszesse bei einer Frau, der wegen Blutverlustes bei Placenta praevia Salzwasser unter die Mammae eingespritzt worden war. Die Ursache der Abszesse blieb anfangs unbekannt, bis es sich zeigte, dass nicht Salzsolution, sondern Aqua destillata eingespritzt worden war.) (Mendes de Leon.)
19. Lessing, Beitrag zur Lehre der Placenta praevia. Inaug.-Diss. Berlin.
20. Linke, Die Behandlung der Placenta praevia. Deutsche med. Wochenschr. 1912. Nr. 47. p. 2218. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 14. p. 516.
21. MacPherson, The indications for abdominal cesarean section, with the technic of the operation and analysis of 352 cases. New York State Journ. of Med. Vol. 13. p. 135. (Bei Placenta praevia centralis wird zur Rettung von Mutter und Kind für reine Fälle der abdominale Kaiserschnitt empfohlen mit 8,3% mütterlicher und 25% kindlicher Mortalität.)
22. *Mayer, A., Über Gefahren des Momburgschen Schlauches. Gyn. Rundschau. Heft 11. p. 391.
23. v. Ortenberg, Placenta praevia centralis, kompliziert mit absolutem Wehenmangel und Querlage nach Vaginaefixatio. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 18. p. 652. (Geburtsbeendigung durch Hysterotomia anterior, Wendung, Extraktion. Manuelle Plazentarlösung. Blasennaht. Mutter geheilt.)
24. *Pankow, Die anatomischen Grundlagen der Placenta praevia und ihre Bedeutung für die Therapie. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 18. p. 838.
25. Primo, Zur Eklampsiestatistik und deren Mortalität für Mutter und Kind. Journ. akusch. i shensk. bolesn. Mai-Okt. (Breit angelegte statistische Arbeit. Auf 33 338 Geburten des klinischen Entbindungsinstituts kamen 381 Eklampsien (1,14%), davon betrafen 75,3% Erstgeschwängerte. Ecl. ante partum 75,1%; post partum 24,9%. Wiederholte Eklampsie wurde in 5,2% der Fälle beobachtet. Es starben 30 = 7,9%. Von den zahlreichen Schlusssätzen seien folgende hervorgehoben: Nicht weniger als in der Hälfte aller Fälle tritt Eklampsie vor dem normalen Schwangerschaftsende ein. Bei Multiparen steigen die Chancen auf Eklampsie von der fünften bis sechsten Schwangerschaft an mit jeder folgenden Geburt an. Mit Ausnahme sehr junger Erstschwangerer, welche sehr zu Eklampsie disponieren, steigen die Chancen auf Erkrankung an Eklampsie mit dem Alter. Einmal überstandene Eklampsie hinterlässt eine bedeutende Disposition. Am häufigsten ist Eklampsie bei Nephritis, Zwillings-schwangerschaft und Beckenenge. Am wenigsten wird Eklampsie beobachtet im Herbst, am

häufigsten im Frühling. Bei Primiparen (resp. Graviden) verläuft die Eklampsie leichter und wird eher durch die Therapie beinflusst als bei Multiparen, die puerperale leichter als die ante partum-Eklampsie, die autochthone leichter als die exogene. Schwer verläuft die Eklampsie bei alten Erstgebärenden und sehr jungen, wenn sie nicht von Beginn an in Behandlung stehen. Schlechter ist die Prognose bei Eklampsie im 7—9. Monate, als im zehnten; sodann bei Nephritis, Zwillingen, Beckenenge und bei wiederholter Eklampsie. Eklampsie disponiert zu Puerperalerkrankungen, atonischen Blutungen und Psychosen; zu letzteren besonders bei Multiparen. Die Anzahl der Anfälle ist massgebend für die Schwere des Falles. Die Behandlung nach Stroganow setzt Anzahl und Schwere der Anfälle herab; die Prognose ist um so besser, je früher die Behandlung einsetzt; weshalb autochtone Fälle eine bessere Prognose gestatten als exogene. Wenig Bedeutung hat der Zeitraum zwischen dem ersten Anfall und dem Beginn der Behandlung oder der Beendigung der Geburt. In der Hälfte aller Fälle kommen Anfälle im Puerperium vor; besonders häufig sind sie bei Mehrgebärenden. Abwesenheit von Anfällen im Puerperium garantiert nicht einen besseren Verlauf der Krankheit. Es ist kein Grund vorhanden, jede Eklamptische sofort zu entbinden oder ihr sofort Aderlass zu machen. Die Behandlung nach Stroganow gibt bessere Resultate für Mutter und Kind als alle aktiveren Methoden. In den Eklampsiestatistiken müssen autochtone Fälle von den exogenen streng geschieden werden. Je reifer und lebensfähiger die Frucht (wenn sie nur nicht zu gross ist), desto besser ihre Prognose. Die Prognose für die Frucht ist besser bei Einsetzung der Behandlung nach dem ersten Anfall (autochtone Fälle) als in Fällen mit vielen Anfällen. Operative Eingriffe erhöhen bedeutend die Sterblichkeit der Kinder. Noch grösser ist die Mortalität bei Eklampsie, welche ohne Behandlung bleibt, sowie bei verschleppter Geburt.) (H. Jentter.)

26. Puppel, Geburtshilfliche Indikationen und Kontraindikationen der Hypophysenpräparate. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Heft 4. p. 399. (Hypophysenpräparate sind nützlich bei Placenta praevia lateralis und Gradlage nach der Blasensprengung, eventuell auch bei Placenta praevia centralis nach Metreuryse.)
27. *Scheffzek, Placenta praevia. Gyn. Ges. Breslau. 4. März. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Heft 6. p. 878.
28. Schroeder, Herbert, Placenta praevia und vaginaler Kaiserschnitt. Inaug.-Diss. München. März 1914.
29. Schwarz, Mechanismus und Behandlung der Placenta praevia. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Dec. 1912. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 14. p. 515.
30. *Seeligmann, Die chirurgische Behandlung von Uterusblutungen in der Gravidität, Geburt und Wochenbett. Fortschr. d. Med. Bd. 21. p. 91.
31. *Wells, Placenta praevia centralis. Eclect. med. Journ. Vol. 73. Nr. 2. p. 75.
32. Willams, Abdominal cesarean section in eclampsia and central placenta praevia; with reports of cases so treated. New Orleans Med. and Surg. Journ. Vol. 65. Nr. 9. p. 633. (Bericht über einen Fall von Placenta praevia centralis, bei dem an den abdominalen Kaiserschnitt die supravaginale Amputation des Uterus angeschlossen wurde.)
33. *Zimmermann, Zur Blutstillung in der Nachgeburtszeit und nach Ausstossung der Plazenta. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 47. p. 2296.

Pankow (24) unterscheidet zwei Formen der Placenta praevia: die primäre mit Insertion des Eies von Anfang an im unteren Uterinsegment, dem Isthmus uteri, und die sekundäre mit Insertion des Eies so nahe der Isthmusgrenze, dass mit seinem Wachsen allmählich ein grösserer Plazentarteil im Isthmus zur Haftung gelangt. Insertion des Eies im Isthmus führt zur Gefässerweiterung und Wandauflockerung an dieser Stelle, ja zur Zerstörung der Isthmus- und Gefässwände durch einwuchernde Zotten. Bedingt wird durch diese Veränderung eine noch grössere Zerreisslichkeit und Verminderung der Kontraktionsfähigkeit als bei normalem Sitze der Plazenta und die Eröffnung sehr grosser Gefässlumina bei der Plazentarablösung. Daher die grosse Verblutungsgefahr in der Nachgeburtsperiode. Jede Dehnung des Isthmus muss daher vermieden werden; der abdominale Kaiserschnitt erfüllt diese Bedingung noch vor dem vaginalen.

In der Klinik kann bei dieser Indikationsstellung die Kindermortalität auf 2,5 % herabgedrückt werden. Für die allgemeine Praxis empfiehlt sich:

Blasensprengung, Metreuryse oder Wendung. Danach soll man die Spontangeburt abwarten. Nach starken Blutungen soll man Kochsalzinfusionen und Verabreichung blutdruckerhöhender Mittel vermeiden, die nur bei überall geschlossenem Kreislauf von Nutzen sein können, z. B. nach der Operation von Tubenruptur, nicht aber bei der Placenta praevia, bei der sie eine neue Blutung aus den offenen Gefässen anregen können.

Bar (1) berichtet über 153 Fälle von Placenta praevia mit starker Blutung unter ca. 20 000 Geburten in 25 Jahren. Sie ergaben eine mütterliche Mortalität von 9,2% (nach Abzug der nicht durch die Blutung bedingten Todesfälle 6,5%) und eine kindliche von 51,63%; die Morbidität war 31,37% (Temperatur über 38°). Die Hauptgefahr besteht in der Infektion; besonders gefährlich sind Cervixverletzungen infolge rascher künstlicher Erweiterung. Für infektionsverdächtige Frauen empfiehlt sich der vaginale Weg zur Entbindung, für reine Fälle kommt ebenso wie der vaginale auch der abdominale in Frage; der abdominale Kaiserschnitt kommt hauptsächlich am normalen Endtermin in Frage zur Erhaltung des Kindes. Ausserdem wird über die retroplazentaren Blutungen berichtet.

Couvelaire (4) neigt wie die meisten französischen Geburtshelfer mehr zur Anwendung rein geburtshilflicher Methoden bei der Behandlung der Placenta praevia, doch gibt er zu, dass die bei verhältnismässig seltenen Fällen in Frage kommenden chirurgischen Verfahren oft rascher zum Ziele führen; doch wird dieser Vorgang meist erkauft mit einer Verstümmelung oder dauernder Verminderung der Gebärfähigkeit der betreffenden Frau. Von der besseren Ausbildung der Geburtshelfer ist vor allem eine Verbesserung der Resultate bei der Behandlung dieser gefährlichen Komplikation zu erhoffen.

Nach Fieux (9) genügen die geburtshilflich entbindenden Verfahren zur Behandlung der Placenta praevia im allgemeinen, wenn auch die Kindermortalität dabei eine hohe ist. Der abdominale Kaiserschnitt darf nur bei bestimmten Komplikationen ausnahmsweise zur Anwendung kommen.

Seeligmann (30) empfiehlt vorzugsweise die Wendung nach Braxton-Hicks; ausserdem besonders bei Placenta praevia centralis die Metreuryse; für ganz schwere Fälle oder bei gleichzeitiger Beckenverengung kommt auch der klassische Kaiserschnitt in Frage.

Zur Behandlung der Placenta praevia rät Hoehne (15) auf Grund seiner Erfahrungen je nach Lage des Falles zu Blasensprengung, Metreuryse und Pituitrindarreichung, Wendung nach Braxton-Hicks (besonders bei totem Kind), vaginalem Kaiserschnitt, bei sehr starker Anämie zu abdominaler Totalexstirpation.

Bei ausgebluteten Fällen von Placenta praevia ist nach Zimmermann (33) die Abklemmung der Parametrien zu empfehlen, um weiteren Blutverlust mit Sicherheit zu vermeiden. Die Infektionsgefahr ist geringer als bei der Tamponade; da jedoch Nebenverletzungen nicht ganz ausser dem Bereich der Möglichkeit liegen, so ist die Methode nur aus dringender Indikation anzuwenden.

Die von Mayer (22) berichteten Schädigungen durch Anlegung des Momburgschen Schlauches, darunter ein Nierenhämatom bei einer an Placenta praevia verstorbenen Frau, legen die Pflicht auf, die Anlegung des Schlauches von strenger Indikationsstellung abhängig zu machen.

Scheffzek (27) demonstriert den Uterus einer 40jährigen VII para, die wegen Placenta praevia ausserhalb der Klinik tamponiert, obwohl der Fuss heruntergeholt wurde und die Blutung in der Klinik stand, doch unentbunden starb. Nach den Erfahrungen von Scheffzek ist der Blutverlust bei der Ballonbehandlung, ganz besonders beim Einführen des Ballons, wesentlich stärker wie beim Herunterholen des Fusses. In einem Falle musste er sogar wegen drohender Verblutung beim Einlegen des Ballons die Sectio ausführen. Die grössere Kindersterblichkeit bei der Wendung nach Braxton-Hicks führt

Scheffzek zum Teil darauf zurück, dass in den Kliniken bei dem Wechsel der Assistenten es für den Ungeübten schwieriger sei, durch die Plazenta hindurch zum Fusse zu gelangen, wobei die Plazenta oft weit abgelöst werde, als ein Instrument mit dem Ballon in den Uterus einzuführen. Auch im vorliegenden Falle wäre die Frau wohl gerettet worden, hätte der zuerst behandelnde Arzt die Wendung nach Braxton-Hicks ausgeführt.

Haugh und Meyer (13) fanden das Pituitrin beachtenswert bei sekundärer Wehenschwäche, dagegen nutzlos bei noch nicht begonnener Geburt. In 65 Fällen wurde es subkutan gegeben. Man soll weder Haut noch Nadel mit Alkohol in Berührung bringen, der die Wirkung des Pituitrin aufhebt. Üble Zufälle wurden nicht beobachtet. Je früher in der Geburt es angewendet wird, um so geringer ist die Wirkung; am besten wirkt es bei schon lange wirkender Geburt. Bei engem Becken soll es nur bei geringem Missverhältnis zwischen Kopf und Becken gegeben werden. Bei Placenta praevia und gesprungener Blase wird es zur Vermeidung der Wendung empfohlen, wenn die Patientin nicht zu sehr ausgeblutet ist.

Herz (14 behandelte 7 Fälle von Placenta praevia, mit Glauduitrin bzw. Pituglandol; eine schon vorher total ausgeblutete Frau starb; 3 Kinder wurden lebend, 3 tot geboren, Zwillinge waren nicht lebensfähig. Herz hält die Pituitrintherapie besonders für angezeigt: nach der Blasensprengung bei Längslage der Frucht, nach dem Einlegen des Metreurynters, nach der Wendung nach Braxton-Hicks und in der Nachgeburtsperiode.

Gall (11) gibt 2 ccm Pituglandol nach Sprengung der Blase bei Placenta praevia lateralis sowie nach Einlegen des Metreurynters und nach der Wendung bei Placenta praevia centralis. Unter 9 Fällen kamen 6 Kinder lebend zur Welt. Eine sehr ausgeblutete Pluripara starb.

Auf dem 17. internationalen Kongress zu London beginnt Doederlein (5) sein Referat mit einem Hinweis auf die weit auseinandergehenden Anschauungen über die Behandlung der Placenta praevia unter den Geburtshelfern. Auch die Mortalitätsstatistik ist teils unzuverlässig, teils vieldeutig. Seine eigene Sammelstatistik ergab, dass die Müttersterblichkeit in der Klinik etwa halb so hoch ist wie in der Allgemeinpraxis. Von den therapeutischen Eingriffen hat die geringste Mortalität, nämlich 0,9% der Mütter (bei 25% der Kinder), die Blasensprengung, ein Eingriff, der aber nur bei den leichtesten Fällen von Placenta praevia in Betracht kommt. Die Scheidentamponade, deren Hauptgefahr in der Infektionsmöglichkeit beruht, kommt mehr für den Transport in die Klinik, also als Vorbereitung zu irgend einem anderen Eingriff denn als Behandlungsmethode in Frage. Spätestens nach 6 Stunden muss nach Doederleins bakteriologischen Untersuchungen die Tamponade entfernt werden. Die Nachteile der Metreuryse bestehen ebenfalls in der Infektionsgefahr und den unter Umständen mit dem Verfahren verbundenen technischen Schwierigkeiten; die durchschnittliche mütterliche Mortalität betrug dabei 6,5%, die kindliche 45,4%. Bei der Wendung nach Braxton-Hicks sind die entsprechenden Zahlen für die Mütter 7,8%, für die Kinder 73,7%.

Die Indikation für den abdominalen Kaiserschnitt nach dem Vorgang von Krönig und Sellheim ist eine engumgrenzte. Es muss beschränkt bleiben auf reine Fälle mit lebensfrischem Kinde, bei dem nicht einfachere Massnahmen zum Ziele führen können. Sellheim empfiehlt den transperitonealen zervikalen Kaiserschnitt, Krönig den Korpusschnitt. — Der vaginale Kaiserschnitt ergab eine mütterliche Mortalität von 11,3 und eine kindliche von 21,7%.

In der anschliessenden Diskussion verwarf Veit die Tamponade völlig: Ist infolge starker Blutung der Transport unmöglich, so rät er nach kombinierter Wendung abzuwarten; in der Klinik ist entweder die Blase zu sprengen oder bei eröffnetem Muttermund zu entbinden oder aber besonders bei Multiparen der vaginale Kaiserschnitt auszuführen; bei Primiparen mit infantilem Uterus

kommt auch der abdominale Kaiserschnitt in Frage. Ausserdem sprachen noch zur Diskussion: Nagel, Recasens, Jardine, Dickinson, Davis, Bar, La Torre, Guzzoni, Munro Kerr, Murdock Cameron, De Lee, Hastings Tweedy und Riccouto.

III. Kindliche Störungen.

Referent: Professor Dr. Walther Hannes, Breslau.

A. Missbildungen.

1. Dziewonski, Ruptur eines Hydrocephalus sub partu. Przeglad Lekarski. Nr. 23. p. 344. (Polnisch.) (40jährige Frau, acht Geburten, einmal Zwillinge, Geburten spontan bis auf die fünfte (damals Stirnlage, mässiger Hydrocephalus und Spina bifida). Kind starb nach 24 Stunden. Jetzt Querlage, keine Herztöne, kein Fieber — seit einer halben Stunde fühlt die Frau keine Bewegungen mehr. Wendung auf einen Fuss und angesichts des toten Kindes Abwarten. Als Dziewonski endlich doch extrahierte und dem Rumpfe der Kopf nicht folgen wollte, gab es einen Ruck und ergoss sich eine Menge bernsteinfarbener Flüssigkeit, worauf der Kopf ohne weiteres austrat. Hydrocephalus und Spina bifida dorsalis. Der Hydrocephalus hatte die Grösse des Kopfes eines erwachsenen Mannes und war bei dem Extraktionsversuche geplatzt, indem die Weichteile zwischen den weit voneinander abstehenden Schädelknochen eingerissen waren. Es waren Hautdecken und Dura mater geplatzt. Riss begann links an der Stirn, ging nach hinten um das Hinterhaupt herum bis auf die rechte Schläfengegend, Riss 35 cm lang. Detaillierte Beschreibung der Verletzungen. Schädelhöhle leer bis auf ein weiches, faustgrosses Gehirn, das am Boden der Schädelhöhle lag. Ausgetragenes Mädchen, die Ruptur erfolgte zum Segen der Mutter und war veranlasst durch drei Faktoren: Wehenkraft, Zug durch den Accoucheur und Kompression des Schädels durch die knöchernen Beckenwände. Interessant, dass dieselbe Frau zum zweiten Male ein Kind mit Hydrocephalus und Spina bifida gebar — sie selbst war weder Trinkerin noch luetisch, der Gatte aber ein Potator.) (v. Neugebauer.)
2. *Finken, H., Die fötale Hydrocephalie in geburtshilflicher Bedeutung. Diss. München
3. Frank, Hämangiom des Armes als Geburtshindernis. Münchn. med. Wochenschr. p. 1149. (Am linken Ober- und Unterarm der Frucht befand sich ein sehr grosses Hämangiom von der Grösse des kindlichen Rumpfes; Wendung und Exraktion, nachdem der Kopf abgerissen worden war bei den Manipulationen, die eine Entwickelung der Schultern hatten bewirken sollen.)
4. Godreau, Presentation d'un enfant atteint de naevus. Soc. d'obst. et de gyn. de Toulouse. 4 Juin.
5. Hanson, D. S., Geburtskomplikation durch Anomalie des Fötus. Cleveland med. Journ. May.
6. *Hart, D. B., On the pressure experienced by the foetus in utero during pregnancy; with special reference to achondroplasie (Chondrodystrophie). The Lancet. June 28. p. 1804.
7. Hakowitz, W., Eventration und Nabelschnurbruch. Diss. Berlin 1912. (Fötus mens. IV mit Hemicephalus und kirschgrossem Nabelschnurbruch, der fast alle Organe einschliesslich einer Lunge und des Herzens enthält; der zweite Fall betrifft eine völlige Eventration bei einem 33—34 cm langen Fötus.)
8. Heijl, C. F., Beiträge zur Frage von dem sog. Papierfötus. Hygiea. Nr. 12. Stockholm. (Silas Lindquist.)
9. Horváth, Mihály, Lymphangioma colli cysticum mint szülési akadály. Aus der Sitzg. der gyn. Sekt. des kgl. Ärztevereins am 3. Dez. 1912. Ref. Orvosi Hetilap. Gyn. Nr. 1. (Ein mannskopfgrosses zystisches Lymphangiom am Halse des sich in Steisslage zur Geburt stellenden Kindes, das erst nach Sprengen des Tumors entwickelt werden konnte.) (Temesváry.)
10. Kalbanowsky-Korotkina, Beitrag zur Kenntnis der kongenitalen Defekte am Schädel. Diss. Bern 1912.
11. Kröner, M., Über den Geburtsverlauf bei okzipitalen und dorsalen Meningocelen. Beitr. z. Geb. u. Gyn. XVIII. 3.
12. Küster, H., Intrauterine Amputation des Oberschenkels mit Verschluss von Harnröhre und Mastdarm. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 73. Heft 2. (Die untere Extremität

ist wohl zwischen Ende des dritten und sechsten Fötalmonats durch einen amniotischen Strang amputiert worden.)
13. *Levi, J., Über angeborene Hirnbrüche. Diss. München 1912.
14. *Linzenmeier und Brandes, Extrachoriale Fruchtentwickelung und ihre Bedeutung für die Entstehung kongenitaler Deformitäten. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 83. Heft 1.
15. Lucker, S. G., Difficult labour caused by foetal ascites. The Lancet. p. 1309.
16. *Mees, R., Kleinhirnexstirpation bei einem Falle von angeborener Hydrenzephalocele occipitalis. Diss. Heidelberg 1912.
17. Nijhoff, Demonstration. Ned. Tijdschr. v. Verl. en Gyn. 23. Jan. (a) Fall von mumifizierten Zwillingen. b) Fall von Austreibung eines Fruchtsackes (fünfter Monat) mit abgerissenen Nabelstranggefässen. Als Ursache meint er annehmen zu dürfen Gefässveränderung in den fötalen Plazentargefässen infolge von Bleivergiftung bei dem Vater.) (Mendes de Leon.)
18. Sachs, Holoacardiacus mit gut gebildetem Rumpf, Extremitäten und Kopfskelett. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. 1. Febr. (Es handelt sich um einen Zwilling, der andere ist normal und lebt.)
19. Uranot, T., Über einen Fall von Spina bifida. Diss. München 1912. (32 cm langer, 750 g schwerer Hemizephalus mit totaler Spina bifida.)

An der Hand von 20 Fällen bespricht Finken (2) die geburtshilfliche Bedeutung des Wasserkopfes. Es kommen in erster Linie Perforation und Kranioklasie in Betracht; die Zange ist absolut kontraindiziert; von den 20 Müttern starb eine, von den Kindern wurden drei lebend geboren, diese starben in den ersten 4—6 Wochen.

Die Achondroplasie ist nach Hart (6) eine Mutation im Sinne de Vries: durch Verlust gewisser Determinaten, die das Wachstum der betreffenden Knochen beeinflussen, bei Gelegenheit der Ausstossung der Polkörperchen.

Levi (13) beschreibt eine reife weibliche tote Frucht mit einem dem Okziput breit aufsitzenden, auf den Rücken hinabhängenden Hirnbruch; im Hinterhauptsteil befand sich ein Knochendefekt von 5 cm Durchmesser; fast das ganze Grosshirn und Kleinhirn bilden den Inhalt des Sackes.

An der Mengeschen Klinik (16) ist eine Hydromeningocele operativ angegangen worden. Es musste eine nicht unbeträchtliche Menge Kleinhirn abgetragen werden. Es entwickelte sich sehr bald ein umfänglicher Wasserkopf, so dass mehrmals punktiert werden musste; gelegentliches Erbrechen, das Kind ist inzwischen $1^1/_2$ Jahr alt geworden, ist 74 cm lang, 9000 g schwer, Kopfumfang 51 cm, nach Angabe der Mutter ist das Kind kein Idiot.

Nach Linzenmeyer und Brandes (14) sind bisher 53 Fälle extrachorialer Fruchtentwickelung beschrieben; 10 mal keine Missbildungen; 8 mal Klumpfuss, 4 mal andere Fussanomalien, 3 mal Missbildungen der oberen Extremitäten, 9 mal Gelenkanomalien, ferner sind auch öfter Kontrakturen beobachtet worden.

B. Multiple Schwangerschaft.

1. Brattström, E., Ein Fall von viereiigen Vierlingen nebst einigen Beobachtungen von Vierlingen im allgemeinen. Allmanna Svenska Läkartidningen. Nr. 52. (Silas Lindquist.)
2. Csohány, János, Egy petéjü ikerterhesség. Aus der Sitzg. der gyn. Sekt. des kgl. Ärztevereins am 3. Juni. Ref. Orvosi Hetilap. Gyn. Nr. 3—4. (Bericht über einen Fall von eineiigen Zwillingen, wovon der eine lebend, der zweite in mazeriertem Zustande geboren wurde.) (Temesváry.)
3. Ckdeschmann, Ein Fall von seltener Anomalie beim Neugeborenen. Wratsch. Gaz. Nr. 17. Sitzungsber. des Ärztevereins zu Odessa. (Eineiige Zwillinge: die eine Frucht war ein Foetus compressus, die andere eine reife Frucht mit älteren und frischen Narben an Thorax, Abdomen und Gliedmassen. Auf den Scheitelbeinen symmetrische Defekte der Haut. Sowohl die Defekte, als auch die Narben sind durch Adhäsion des Amnion entstanden.) (H. Jentter.)
4. Evers, W., Die Mehrlingsgeburten an der kgl. Universitäts-Frauenklinik zu Göttingen von 1888—1910 inkl. Diss. Göttingen.

5. Fonyó, János, Acardiacus acephalus. Budapesti Orvosi Ujság. Nr. 18. (Bericht über eine Zwillingsgeburt mit einem Acardiacus acephalus.)
6. Guillermin, Un cas de jumeaux d'inégal développement. Gyn. Helvet. 1912. p. 290.
7. *Hauser, H., Vierlinge und Vierlingsmütter. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 15.
8. Hübner, Klinische Bedeutung der Doppelmissbildungen. Sitzungsber. d. Naturf.-Ges. zu Rostock. N. F. III.
9. Jung, P., Zwillingsschwangerschaft im rudimentären Nebenhorn. Gyn. Helvet. 1912. p. 276. (Der eine Zwilling war ein Papyraceus, der andere ein regelrecht entwickelter etwa vier Monate alter Fötus.)
10. Lampert, M., Foetus papyraceus. Diss. Bern 1912.
11. Laurentie, M., Avortement gémellaire; difficultés de la délivrance. Soc. d'obst. et de gyn de Toulouse. 4 Juin.
12. *Lindig, Vierlingsabort. Freie Vereinigung mitteldeutsch. Gyn. 27. Okt. 1912.
13. —. Zwillingsgeburt. Freie Vereinigung mitteldeutsch. Gyn. 27. Okt. 1912. (Schädelverhakung nach Wendung; beide Kinder abgestorben; Kopf des zweiten perforiert.)
14. Neuhäuser, P., Über Zwillingsschwangerschaften. Diss. München.
15. Papitow, Ein Fall von Drillingsgeburt. Journ. akusch. i shensk. bolesn. Okt. (Die 43jährige Mehrgebärende kam ad terminum nieder. Grösster Umfang des Leibes 120 cm. Herztöne rechts 140, links 131. Zuerst kam ein Mädchen in erster Steisslage (2700), $2^1/_2$ Stunden später ein Knabe in erster Hinterhauptslage (3050), nach einer Stunde noch ein Mädchen in zweiter Hinterhauptslage (2450). Alle Kinder leben. Gewicht der Nachgeburt 2100; drei zusammenhängende Plazenten mit je einer Nabelschnur, einem Chorion und einem Amnion.) (H. Jentter.)
16. Plaut, Demonstration einer Plazenta (mit 8 cm langem Papyraceus). Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Leipzig. 16. Juni.
17. Postlethwaite, J. M., Long interval between birth of twins. The Brit. med. Journ. p. 880. (Das erste Kind wurde am 24. Februar und das zweite und zwar lebend am 4. April geboren.)
18. Rosowa von Bergmann, Drei Drillingsgeburten. Wratsch. Gaz. Nr. 34. Sitzungsbericht der geb.-gyn. Ges. zu Kiew. (Das Gewicht der Föten war im ersten Falle 900, 805, 650; im zweiten 1200, 900, 850; im dritten 1220, 1200, 1000 g. Alle Kinder starben.) (H. Jentter.)
19. Schischkin, Ein Fall von Zwillingsgeburt. Wratsch. Gaz. Nr. 43. (H. Jentter.)
20. Strassmann, Junge Doppelbildung (aus zweitem bis drittem Monat). Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. 25. April.
21. — Plazenta monoamniotischer Zwillinge. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. 25. April.
22. Volmat, Placenta d'une grossesse gémellaire; communications vasculaires entre les circulations des deux foetus, un foetus étant macéré in utero. Soc. nation. de Méd. Lyon. 29. Jan.

Hauser (7) berichtet über eine 29jährige Fünftgebärende, welche in der 28. bis 30. Woche lebende Vierlinge zur Welt brachte, die innerhalb 24 Stunden starben. Es handelte sich um dreieiige Vierlinge. Im Falle Lindigs (12) handelte es sich um eineiige Vierlinge, bisher sind nur zwei Fälle eineiiger Vierlinge beschrieben worden.

C. Falsche Lagen.

1. Stirn- und Gesichtslagen, Scheitelbeineinstellung, Vorderhauptslagen.

1. Bracht, Hoher Gradstand. Berl. klin. Wochenschr. p. 228.
2. Bilsted, E., Vorfall beider Unterextremitäten neben dem Kopf. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 38.
3. *Kaumheimer, Über den Zusammenhang von Gesichtslage und spontaner, infantiler Geburtslähmung. Monatsschr. f. Kinderheilk. XI. 10.
4. *Lehle, Die Behandlung der Vorderhauptslagen. Münchn. med. Wochenschr. p. 860.
5. *Pankow, O., Der hohe Gradstand. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 38. 2.
6. *Weiss, B., Über hohen Gradstand. Diss. Freiburg 1912.
7. Wortsmann, K., Über den Vorfall mehrerer Extremitäten bei Schädellage. Diss. Bern.

Weiss (6) und Pankow (5) haben den hohen Gradstand eingehend studiert. Weiss fand diese Einstellungsanomalie unter 3157 Geburten der Freiburger

Klinik 11 mal und ist nach seinen Beobachtungen die Positio occipitalis pubica häufiger als die Positio occipitalis sacralis; 5 mal Spontangeburt. Pankow beobachtete den Gradstand unter 4000 Geburten 16 mal. Entsprechend dem häufigeren Vorkommen der ersten Lage ist die Positio occipitalis pubica häufiger als die Positio occipitalis sacralis. Der hohe Gradstand kommt, wenn auch selten, so doch auch bei Deflexionslagen und bei Steisslagen vor. Ätiologisch kommen in Betracht einmal enges Becken, weiterhin Haltungsanomalien der Kinder; über die Hälfte der Fälle verliefen spontan; bei der Positio occipitalis pubica, die ja die häufigere ist, ist spontane Geburt auch ohne Drehung des Kopfes möglich. Die Behandlung soll eine möglichst abwartende sein. Lagerung der Frau hilft im allgemeinen nichts, eher führen bimanuelle Handgriffe zum Ziel.

Von den Vorderhauptslagen verlaufen nach Lehle (4) 77% bei möglichst abwartendem Verhalten spontan; zu empfehlen ist der Versuch der kombinierten äusseren und inneren Drehung der Frucht nach Fehling unter Zuhilfenahme einer entsprechenden Lagerung der Kreissenden. Auch ein Versuch mit der Zangendrehung nach Scanzoni ist in geeignetem Falle nicht zu verwerfen, sondern ganz zweckentsprechend.

Wie Kaumheimer (3) berichtet, kann es bei Gesichtslage infolge der Deflexion zu Lähmungen beider oberen Extremitäten kommen. Die Lähmungen können dabei ganz symmetrische sein; es habe den Anschein, dass die Gesichtslage zu den spontanen Lähmungen ein beträchtliches Kontingent stellten.

2. Beckenendlagen und Querlagen.

1. Dziembowski, Über die Entbindungen bei Beckenendlage im Lichte der neueren Forschungen und Erfahrungen. Nowiny Lekarskie. Heft 12. p. 690. (Polnisch.) (v. Neugebauer.)
2. — Z., Über Geburten bei Beckenendlage im Lichte der neueren Forschungen und Erfahrungen. Nowiny Lekarskie. Bd. 12. p. 5690. (Polnisch.) (v. Neugebauer.)
3. v. Klein, Uterus bicornis (supraseptus) als Ätiologie chronischer Querlage. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. 1. Febr.
4. *Meyer-Ruegg, Zur Behandlung der Beckenendlagen. Gyn. Helvet. 1912. p. 287.
5. Morell, Th., 16 Fälle von verschleppter Querlage und ihre Behandlung in der Universitäts-Frauenklinik zu München. Diss. München.
6. De Snoo, Neue Methode zur Entwickelung des nachfolgenden Kopfes. Ned. Tijdschr. v. Verl. en Gyn. 23. Jan. (Vortrag über eine neue Methode zur Entwickelung des nachkommenden Kopfes. Die Methode besteht in der Hauptsache darin, dass die eine Hand nicht wie bei Mauriceau in den Mund gebracht, sondern von vorn um den Hals des Kindes auf die Schultern gelegt wird, so dass das Kind auf dem Arme reitet, und die andere Hand, die bei Mauriceau von hinten her den Hals umfasst, nun frei wird, um über der Symphysis auf den Kopf zu drücken und die erste Hand zugleich das Kind nach vorn zieht. Snoo meint, auf diese Weise die Extraktion viel leichter und weniger schädlich für Mutter und Kind zustande bringen zu können. An Hand einer Statistik sucht er den Nachweis zu erbringen, dass die Mortalität für die Kinder durch die neue Methode von 40% auf 16,66% zurückgegangen sei. Infolge der Kontrolle, die erzielt wird durch den mit der einen Hand auf den Kopf ausgeübten Druck meint er, auch eine bessere Übersicht über die Dehnung der Cervix und der Vagina zu erhalten und glaubt, diesem Umstande das geringere Vorkommen von Cervixzerreissungen zuschreiben zu dürfen. In der Diskussion bemerkt Kouwer, dass die Methode nichts Besonderes biete; es sei auffällig, dass sie gerade bei kleinen Kindern solche guten Resultate ergäbe, da doch hier das Becken keine Schwierigkeiten biete, wohl aber der Grad der Eröffnung. Er hält die Statistik nicht für beweiskräftig.) (Mendes de Leon.)
7. *Skeel, A. J., Delivery by the breech, with special reference to technic. Amer. Journ. of Obst. p. 711.
8. Voigts, Kephalhämatom auf dem Hinterhauptsbein nach Geburt in Steisslage. Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. 25. April.

Nach Meyer-Ruegg (4) ist bei der Steisslage bei spontanem Verlauf der Prozentsatz der totgeborenen Kinder 7,75%, bei der Extraktion 26%, bei den spontan verlaufenen Fusslagen 21% und bei den extrahierten 15,5%.

Skeel (7) tritt für ein möglichst abwartendes Verfahren bei der Unterendlage ein; er verzeichnet bei Erstgebärenden 30% und bei Mehrgebärenden 10% tote Kinder.

3. Nabelschnurvorfall und sonstige Anomalien der Nabelschnur.

1. Delle Chiaje, Torsion funiculaire et mort du foetus. Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Nr. 1.
2. Jannin, Accouchement précipité. Arrachement du cordon ombilical à son insertion placentaire. Coiffe membraneuse infanticide.
3. Johanssen, Ruth., Beiträge zur Frage von der Behandlung des Nabelschnurvorfalles. Allmanna Svenska Läkartidningen. Nr. 42, 43. (Verf. macht folgende Zusammenfassung: Wenn der Kopf vorhergeht und beweglich ist, ist es besser, die Wendung auf den Fuss als Reposition zu machen. Wenn der Kopf hervorgeht und im Becken feststeht, soll die Entbindung mit Zange beendigt werden, wenn das Kind noch am Leben ist. Bei Querlage fällt die Behandlung im allgemeinen mit der, die die Querlage fordert, zusammen. Bei Steiss- und Fusslagen soll man am liebsten die Entbindung durch Extraktion unmittelbar beendigen. Bei allen Lagen muss man sich erinnern, dass die Expektation schlechtere Resultate für die Kinder als schnelle Entbindung gegeben hat.) (Silas Lindquist.)
4. Le Lorier, V., Diagnostic des circulaires du cordon pendant la grossesse. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Nr. 1.
5. *Nebesky, Beitrag zur Nabelschnurzerreissung intra partum. Arch. f. Gyn. 100. 3.
6. *Stoll, A., Neuere Methoden in der Behandlung des Nabelschnurrestes. Diss. Freiburg.

Aus den Versuchsreihen Stolls (6) geht hervor, dass der sterile Nabelverband ohne tägliches Bad bessere Erfolge erzielt, als bei Beibehaltung des täglichen Bades erzielt werden können.

Nebesky (5) berichtet über 18 eigene Fälle von unter der Geburt zerrissenen Nabelschnüren, von denen 13 mikroskopisch untersucht worden sind. Zur Erklärung der Mechanik des Risses hat er an 100 Nabelschnüren Belastungsversuche ausgeführt. Es zeigte sich, dass bei Stürzen der Frucht, falls der freie Fall nicht gehemmt wird, im allgemeinen das Gewicht des Kindes allein zum Abreissen der Nabelschnur genügt. Am leichtesten zerreisst das kindliche Drittel der Nabelschnur. Es ist oft schwer zu sagen, ob die Trennung der Nabelschnur künstlich oder spontan erfolgt ist. Der Mangel an elastischen Fasern in den Gefässwänden disponiert zum Riss, öfters jedoch kommt es wohl zum Riss durch Veränderungen der Gefässmuskulatur und durch verminderte Widerstandskraft der Nabelschnurscheide.

D. Sonstige Störungen.

1. *Abels, H., Zur Genese und Symptomatologie intrakranieller Blutungen beim Neugeborenen. Arch. f. Gyn. Bd. 99.
2. Bahrdt, Geburtstrauma; Hämatomyelie. Verein f. innere Med. u. Kinderheilk. in Berlin. 21. Okt. 1912. (Spastische Diplegie der Beine bei einem Neugeborenen, die sich im Anschluss an eine Extraktion am Fuss entwickelte.)
3. Chambrelent, Infant mortality and the accoucheur. Journ. de méd. de Bordeaux. Nr. 27.
4. *Edgar, J. C., The infant pulmotor; an apparatus for artificial respiration on asphyxiated newby born infants. Amer. Journ. of Obst. Febr.
5. *Engelmann, Die Sauerstoffdruckatmung zur Wiederbelebung asphyktischer Neugeborener. Niederrhein.-westf. Ges. f. Gyn. 1. Dez. 1912.
6. *Fry, H. D., The infant pulmotor; its use in asphyxia neonatorum. Amer. Journ. of Obst. Vol. 68. p. 85.
7. Gilles, R., Placenta praevia centralis, dilatation manuelle et accouchement per voie transplacentaire. Soc. d'obst. et de gyn. de Toulouse. 4 Juin.

8. *Goldfeld, Z., Die Abhängigkeit der körperlichen Entwickelung Neugeborener vom Berufe der Eltern. Diss. Würzburg.
9. *Henschen, K., Die diagnostische und therapeutische Fontanellenaspiration des subduralen Geburtshämatoms der Neugeborenen. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 25.
10. *Hübner, A., Zur Ätiologie des Riesenwuchses mit Berücksichtigung seiner forensischen Bedeutung. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Ergänzungsheft.
11. *Joelsohn, F. J., Über Blutungen bei Neugeborenen mit besonderer Berücksichtigung der Melaena neonatorum. Diss. Berlin.
12. Kessler, A., Über den Einfluss von primären Weichteilschwierigkeiten auf die Kindersterblichkeit während der Geburt. Diss. Würzburg 1912. (Der Grund für die Verzögerung der zweiten Geburtsperiode lag in $54,8^0/_0$ in rigiden Weichteilen.)
13. Kutowa, Eine sehr grosse Frucht. Wratsch. Gaz. Nr. 34. Sitzungsber. der geb.-gyn. Ges. zu Kiew. (Nach Pituitrin und Kristeller wurde ein 59 cm langer und 6160 g schwerer Knabe geboren. Kopfumfang 39,5.) (H. Jentter.)
14. *Leclerq, J., et A. Paput, Note sur les hémorrhagies du système cerebro-spinal chez le nouveau-né. La Gyn. Août.
15. *Le Lorier, Schwere Geburt durch ungeheure Grösse der Frucht; künstliche Frühgeburt. Rev. mens. de gyn., d'obst. et de péd. VIII. 2.
16. Matrunina, Ein Fall von Hydramnion. Wratsch. Gaz. Nr. 30. Sitzungsber. der geb.-gyn. Ges. zu Kiew. (In einem sehr schweren Falle von Hydramnion mit grösstem Umfang des Leibes von 122 cm wurde durch Punktion der Eiblase an 50 Pfund Fruchtwasser abgelassen. Gemelli, beide in Steisslage. Heilung.) (H. Jentter.)
17. Mencière, L., Ostéotomie pour correction de l'attitude vicieuse du membre dans la paralysie obstétricale du membre superieur. Influence de la correction de l'attitude sur la fonctionelle-même. La Gyn. Août. (Zwei Fälle angeborener Lähmungen bei 12- und 15jährigen Kindern mit Erfolg operiert.)
18. Nebesky, O., Beitrag zur Kenntnis des Caput succedaneum. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 38. 6. (Abnorm grosse Kopfgeschwulst von 6—7 cm Durchmesser und 27 cm Umfang bei vorzeitigem Blasensprung (fünf Tage a. p.) beim Kinde einer IXpara.)
19. *Pallesen, J., Über akute Infektionen Neugeborener. Diss. Kiel 1912.
20. Pridham, F. C., Intrauterin aufgetretene Windpocken. Brit. med. Journ. May 17.
21. Reuben, M. S., Über Kindersterblichkeit. Med. Record. Vol. 84. p. 236.
22. Scheffzek, Knochennaht am Femur eines Neugeborenen. Bresl. gyn. Ges. 4. März.
23. *Schmitz, W., Untersuchungen zur Pathogenese und Klinik des Icterus neonatorum. Diss. Giessen.
24. Schrumpf, Die Tuberkulosevakzination mit besonderer Berücksichtigung des Überganges der Schutzkörper in die Muttermilch. Münchn. med. Wochenschr. p. 1004.
25. Schwartz, H., Über seltene Todesursachen beim Neugeborenen. Diss. Göttingen.
26. Thomas, L. W., Über Totgeburten. New-York. med. Journ. Nr. 9.
27. Trepper, A., Über die Gewichtsabnahme der Neugeborenen. Diss. Giessen.
28. *Trinchese, J., Über den Zeitpunkt der luetischen Infektion des Fötus und dessen klinische Bedeutung. Beitr. z. Geb. u. Gyn. XVIII. 2.
29. *Truesdell, E. D., Weitere Beobachtungen über Geburtsfrakturen. Bull. of the Lying-in Hosp. of the City of New York. June.
30. *Uhlenhut und Mulzer, Über die Infektiosität von Milch syphilitischer Frauen. Deutsche med. Wochenschr. p. 879.
31. *Wall, M., Über die Weiterentwickelung frühgeborener Kinder mit besonderer Berücksichtigung späterer nervöser, psychischer und intellektueller Störungen. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. 37. 4.
32. Zarfe, M., Angeborener gutartiger Pemphigus. Ges. f. innere Med. u. Kinderheilk. in Wien. 26. Juni.

Mit dem Scheintod des Neugeborenen und seiner Bekämpfung beschäftigen sich die Arbeiten von Engelmann (5), Edgar (4) und Fry (6). Engelmann führt aus, dass die Schulzeschen Schwingungen nicht selten unzulänglich seien, weswegen man den scheintoten Kindern lieber Luft einblasen solle. Engelmann benutzt zur Lufteinblasung den Apparat Tiegels, der, was wichtig ist, eine gleichmässige, beliebig lange Zufuhr von Sauerstoff unter genau gemessenem Druck gestattet. Bei über 2000 Geburten haben zahlreiche Geburtshelfer gute Erfahrungen gesammelt; der Apparat ist von Georg Haertel in Breslau zu be-

ziehen. Die nötige Vorrichtung kann auch an einem Roth-Träger angebracht werden. Der Apparat soll nur in schweren Fällen von Scheintod zur Anwendung kommen. Falls Wiederbelebung möglich ist, so tritt schon nach nicht langer Zeit regelmässige spontane Atmung ein. Auch Edgar und Fry empfehlen die Sauerstoffeinblasung bei schwerer Asphyxie, und zwar mit dem Roth-Drägerschen Apparat, der an jede Sauerstoffbombe angemacht werden kann.

Goldfeld (8) hat gefunden, dass das Gewicht der Kinder mit dem Alter der Mütter zunimmt, dass die Kinder von Eltern bestimmter Berufsklassen ganz besonders gut entwickelt seien, so z. B. die Kinder der Lehrer, dass bei ihnen das Verhältnis der Knaben zu den Mädchen 18: 16 beträgt, bei den Kindern von Tagelöhnern dagegen 23: 21.

Auf 17 238 Neugeborene registriert Hübner (10) 893 Kinder mit einem Geburtsgewicht von 4000 g und mehr. 376 Mütter solcher Kinder zeigten eine durchschnittliche Körperlänge von $160^1/_2$ cm. Autor kommt auf Grund seines Materiales zum Schluss: „Je grösser die Mutter, um so grösser die Frucht." Er fasst überhaupt auf Grund seiner Beobachtungen den fötalen Riesenwuchs als eine vererbbare Anomalie der Körperentwickelung auf. Auffallend und wichtig ist es, dass sich bei diesen übermässig grossen Kindern die Anzahl der Mädchengeburten zu den Knabengeburten verhält, wie 100: 190, dass also fast doppelt so viele Knaben geboren werden. Die Durchschnittstragezeit beträgt für die von Hübner gesammelten Fälle bei Zugrundelegung der üblichen Schwangerschaftszeitrechnung 290,9 Tage. Nach seiner Ansicht kommt das Gesetz in seiner jetzigen Fassung den Ansprüchen auf Ehelichkeit und Vaterschaft am nächsten und bedarf darum keiner Abänderung.

Le Lorier (15) berichtet über zwei Fälle von Geburtsschwierigkeit infolge Riesenwuchs des Kindes. Im ersten Falle war zunächst ein 5000 g und dann ein 7000 g schweres Kind geboren worden, ersteres lebte, letzteres musste perforiert werden. Darum beim dritten Kinde künstliche Frühgeburt, wobei mittelst Zange ein 6250 g schweres lebendes Kind entwickelt wurde. Im zweiten Falle war bei der ersten Geburt ein 6—7000 g schweres und 67 cm langes Kind tot mit der Zange entwickelt worden; darauf künstliche Frühgeburt, Spontangeburt eines lebenden Kindes von 3260 g.

Henschen (9) empfiehlt bei frontalen, parietalen und okzipitalen Hämatomen der Konvexität die Punktion vom äussersten Seitenwinkel der grossen Fontanelle zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken zu machen; bei Basisblutungen soll die lumbale oder zervikale Punktion gemacht werden.

Bei geronnenem Blut soll trepaniert werden. Von 16 Fällen wurden 6 geheilt. Nach Abels (1) kommen die reinen Ventrikelblutungen durch Stauung zustande, wobei die Querkompression des Schädels begünstigend wirkt. Es ist bei langdauernden Geburten leicht erklärlich, dass die Gefässe in Wehe und Wehenpause beträchtlichen Druckdifferenzen ausgesetzt sind. Bei raschen Geburten kommt es andererseits wiederum durch schnelles Vorrücken des Kopfes zu schnellen Änderungen des auf den Kopf durch die Umgebung wirkenden Druckes. Nach Leclerq und Paput (14) handelt es sich bei Gehirnblutungen der Neugeborenen meist um Blutungen in die Gehirnhäute und nicht in die Substanz, welch letzteres Vorkommnis sie unter 14 Fällen nur einmal beobachteten. Ätiologisch kommen bei reifen Kindern in Betracht Lues, geburtshilfliches Trauma, namentlich Zange, Kompression der vorgefallenen Nabelschnur.

Unter 9000 Geburten beobachtet Truesdell (29) 14 Oberarm-, 2 Oberschenkel- und 10 Klavikelbrüche, die meistens bei Wendung und Extraktion entstanden waren, und die alle heilten.

Joelsohn (11) berichtet über vier Fälle von Melaena vera; zwei Kinder waren kongenital luetisch; in einem Falle war ein Schädeltrauma vorausgegangen und zwei Kinder waren scheintot geboren worden. Das Körpergewicht schwankte zwischen 2200 und 2800 g.

Pallessen (19) fand, dass die Infektionen bei Neugeborenen wie Stomatitis, Pemphigus, Furunkulose und Mastitis häufig mit anderen Krankheiten, namentlich aber mit Dyspepsie kombiniert waren, welche Affektionen wohl die Infektion vermittelt. Von den 250 Fällen verliefen 5, also $2^0/_0$, tödlich. In $40,9^0/_0$ der Fälle von Mastitis der Neugeborenen ging eine mütterliche Mastitis voran.

Nach Schmitzs Untersuchungen (23) beruht die Gelbsucht der Neugeborenen in erster Linie auf der Veränderung des Blutplasmas, welche durch Hämolyse der roten Blutkörperchen bedingt ist und sekundär auf einer in diesem Stadium den an sie gestellten erhöhten Anforderungen nicht genügenden Leberfunktion beruht. Nach Walls Untersuchungen (31) lernen die frühgeborenen Kinder etwa $^1/_2$ Jahr später laufen und sprechen als reife, doch stehen sie sonst in ihrer späteren Entwickelung hinter den reifen Kindern nicht zurück. Unter 57 untersuchten Kindern befand sich kein Little, einmal Epilepsie, in welchem Falle gleichzeitig adenoide Wucherungen der Rachenorgane vorlagen. Es sind mithin die frühgeborenen Kinder zu Idiotie, Epilepsie, Little, Imbezillität nicht mehr disponiert als reife,.

Der Nachweis von Spirochäten ist bisher in der Milch luetischer Frauen noch nie gelungen. In zwei Fällen nun gelang es Uhlenhuth und Mulzer (30) durch Verimpfung von mikroskopisch spirochätenfreier (Dunkelfeld) Milch luetischer Wöchnerinnen einwandsfreie Hodensyphilome bei Kaninchen zu erzeugen. An den Warzen waren keine luetischen Veränderungen vorhanden. In dem einen Falle hatte es sich um eine symptomlose Mutter eines manifest luetischen Kindes gehandelt. Es können somit Säuglinge lediglich durch die Milch syphilitisch infiziert werden.

Nach Trinchese (28) ist Lues keine Abortursache; auch die luetischen Frauen abortieren infolge Gebärmutterverlagerungen, Endometritis u. dgl. mehr. Es sind bisher noch keine Spirochäten in Abortföten gefunden worden; auch bei der Schwangerschaftsunterbrechung im 5. bis 7. Monat spielt die Lues noch keine beträchtliche Rolle. Zwei Drittel aller luetischen Föten kommt in den letzten drei Monaten zur Welt. Nur $5,3^0/_0$ werden ausgetragen. Die Infektion hat meist in den späteren Monaten der Schwangerschaft statt. Darum stammen auch $53,3^0/_0$ der toten luetischen Früchte aus dem 8. bis 10. Monat. Die antiluetische Behandlung der Mutter muss möglichst vor der Infektion der Frucht beginnen; am besten sowie Schwangerschaft diagnostiziert ist.

VIII.

Pathologie des Wochenbettes.

Referent: Dr. Bracht.

A. Puerperale Wundinfektion.

I. Ätiologie, Pathologie.

1. *Ahlfeld, F., Quellen und Wege der puerperalen Infektion. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 73. Heft 1. p. 1.
2. Basset, R., Über die Bedeutung des frühzeitigen Blasensprunges für Geburt und Wochenbett. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 73. Heft 2. p. 566. (Basset wendet sich

in vielen Punkten gegen die Ausführungen van der Hoevens über die geburtshilfliche Bedeutung des vorzeitigen Blasensprunges. (Zeitschr f. Gyn. Bd. 70. Heft 1.) Obwohl auch er eine Verlängerung der Geburtsdauer durch den vorzeitigen Blasensprung nicht feststellen konnte, fand er die Zahl der Temperatursteigerungen im Wochenbett hier vermehrt, und zwar besonders bei den Erstgebärenden mit 20,3 % gegenüber den Mehrgebärenden mit 10,7 %.)

3. Beck, Demonstration eines Falles von Septikopyämie. Geb. Ges. zu Hamburg. 27. Mai. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1077.
4. Becker, Fritz, Die Sepsisfälle nach Abort und reifer Geburt. Diss. Jena.
5. Begtrup-Hausen, Demonstration af Temperaturkurver fra gravide og puerperae. (Demonstration von Temperaturkurven von Graviden und Puerperae.) Ges. f. Gyn. u. Obst. 4. Dez. 1912. Ref. Ugeskrift for Laeger. Kopenhagen. p. 2023—2025. (O. Horn.)
6. Berdnikow, Biologie und Biochemie des Streptococcus. Wratsch. Gaz. Nr. 24. Verhandl. des XII. Pirogowschen Kongr. (H. Jentter.)
7. *Bondy, O., Bakteriologische Untersuchungen beim extraperitonealen Kaiserschnitt. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 73. Heft 2. p. 582.
8. — Neuere Ergebnisse der Puerperalfieberforschung. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. p. 821.
9. *— Scheidenkeime und endogene Infektion. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 73. Heft 2. p. 604.
10. Bonnaire et Durante, C., Rare form of Postpuerperal Septicaemia from Streptococci. Journ. de méd. Août. 31. 1912. Ref. The Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. March. p. 595.
11. Bruar, Camille, Die Puerperalfieberfälle der septischen Station der Strassburger Frauenklinik in den Jahren 1902—1910. Diss. Strassburg.
12. Brugnatelli, E., Puerperalfieber durch einen Bazillus aus der Gruppe „Hämorrhagische Septikämie". Zentralbl. f. Bakt., Parasitenk. u. Infekt. Bd. 70. p. 337.
13. Chaimtschik, L., Die puerperale Morbidität und Mortalität nach operativen Eingriffen. Diss. München 1912.
14. Dartigues, M., A propos de l'infection puerperal. Soc. des chir. de Paris. Nov. Ref. La Presse méd. p. 1010.
15. *Donald, Archibald, A case of puerperal pyaemia. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Oct. p. 223.
16. *Erggelet, Fall von metastatischer Ophthalmie. Naturwiss.-med. Ges. zu Jena. 13. Febr. Münchn. med. Wochenschr. 60. Nr. 14. p. 785.
17. Fabre et Bourret, Un cas de granulie peritonéale dans le post partum chez une malade présentant une tuberculose annexielle ancienne. Rev. prat. d'obst. et de gyn. 21. p. 48. (Diffuse Tuberkulose des Peritoneums, wahrscheinlich ausgehend von einer älteren Tubentuberkulose.)
18. Goldstrom, Margareta, Über die prognostische Bedeutung des Nachweises von Streptokokken im Vaginalsekret Kreissender. Diss. Giessen. August.
19. *Hamm, A., Ein seltener Fall von Kolipyämie; zugleich ein Beitrag zur klinischen Bedeutung des Bakterienanaphylatoxins. Münchn. med. Wochenschr. 60. p. 292.
20. *— Demonstration zur anaeroben Kulturmethode. Mittelrhein. Ges. f. Geb. u. Gyn. Frankfurt. 17. Nov. 1912. Bericht: Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. p. 376.
21. *Hannes, W., Die Bedeutung der Gonorrhoe für die moderne Wochenbettsdiätetik. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 73. p. 528.
22. *Harrigan, A. H., Intramuraler Abszess des puerperalen Uterus. New York. med. Journ. März. Zentralbl. f. Gyn. p. 1309.
23. *Hecker, H. v., Beitrag zur Bewertung der bakteriologischen Scheidensekret- und Blutuntersuchung für die Diagnose und Prognose puerperaler Infektionen. Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. 19. Heft 1. p. 89.
24. Heller, I. B., A specimen from a case of septic miscarriage infectet by B. aerogenes capsulatus. North of England Obst. and Gyn. Soc. March 14. Bericht: The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. p. 335. (Bericht über einen Einzelfall, der sich durch ein intra vitam bereits weitverbreitetes Hautemphysem auszeichnete.)
25. *Hicks, H. T., Localizing peritonitis of puerperal origin. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. May. p. 300.
26. *— Localising peritonitis of puerperal origin. Midland Obst. and Gyn. Soc. March 4. Bericht: The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. p. 345.

27. *Hüssy, P., Über die Passage von Streptokokken durch das Blutserum fiebernder Wöchnerinnen. Gyn. Rundschau. Jahrg. 7. p. 508.
28. Jeannin, Cyrille, Les phlébites utéro-pèlviennes des femmes en couches. Paris méd. Nr. 22. p. 547. (Nichts Neues.)
28a. Kraus, Besprechung eines Falles von Pyämie nach Abort. Wiss. Ges. deutsch. Ärzte in Böhmen. 20. Juni. Ref. Wiener klin. Wochenschr. p. 1264. (Klinisch: Streptococcus viridans im Blute; Paraplegie der Beine. Anatomisch: Thromboendocarditis mitralis. Embolus an der Teilungsstelle der Bauchaorta.)
29. Kretschmann, H., Über den intrauterinen Übergang von Antikörpern auf die Frucht. Diss. Halle 1912. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. p. 147. (Ergänzung der Versuche Polanos: Der graviden Mutter injiziertes Tetanus- und Diphtherieantitoxin lässt sich im kindlichen Serum durch seine Wirksamkeit am Tiere nachweisen.)
30. *Latzko, Fall von Gehirnabszess im Verlauf eines Puerperalabszesses. Geb.-gyn. Ges. in Wien. 11. Febr. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1302.
31. *Levy, H., Über die Bedeutung der bakteriologischen Scheidensekretuntersuchung für die Diagnose und Prognose des Puerperalfiebers. Diss. Strassburg 1912.
32. Lichtenstein, N., Über die Morbidität im Wochenbett bei vorzeitigem Fruchttod. Diss. Basel 1912. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1341. (Lichtenstein sieht in dem Foetus sanguinolentus keine erhöhte Gefahr, insbesondere keine erhöhte Lebensgefahr für die Mutter im Wochenbett, wenn auch von den durch ihn zusammengestellten 84 Fällen 26,2% der Wöchnerinnen fieberten.)
33. Mc Donald, Ellice, Studies in gynecology and obstetrics. Chapt. 9. Puerperal infection from the gonococcus. With report of a case of death from gonococcus puerperal infection and a resume of 17 previously reported. Amer. Med. Vol. 19. Nr. 3. p. 177.
34. *Medalia, L. S., und W. J. Walton, Opsonins and Vaccines in Puerperal Sepsis. Surg., Gyn. and Obst. Chicago. Dec. XV. Nr. 6. Ref. Journ. of the Amer. med. Assoc. Jan. p. 163.
35. *Meurer, Thrombose und Embolie im Wochenbett und nach Operationen. Nederl. Maandschr. v. Verlosk. en Vrouwenz. en v. Kindergeneesk. 1912. Nr. 4—6. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1643.
36. Michard, Ernest, Considérations sur les infections vulvovaginales du post-partum. Thèse. Toulouse. Ref. La Gyn. Mars. p. 188.
37. Nacke, W., Sepsis und Pyämie. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 74. Heft 2, 3. p. 583.
38. Napier Burnett, E., Bacterial Infection of Foetal Membranes. Royal Soc. of Med. May 1. Ref. The Lancet. May. p. 1453. (Napier Burnett beschreibt die Infektion einer umschriebenen Stelle der Eihäute. Eine Erstgeschwängerte verlor 16 Tage vor der Fehlgeburt in der 23. Woche das Fruchtwasser und in den nun folgenden Tagen bis zur Niederkunft eine dickere schmierige Flüssigkeit. Die Prüfung der Nachgeburt ergab eine verdickte gelbliche Stelle von Handtellergrösse gegenüber der Plazenta. Die Veränderung bestand in knotenförmigen Verdickungen der decidualen Seite des Chorions. Histologisch fand sich hier leukozytäre Infiltration, ausgedehnte Nekrosebezirke, in diesen miliare Abszesse mit zahlreichen Bakterien. Es wird sich hier also um eine Infektion durch Scheidenkeime gehandelt haben, da die Frau in der Schwangerschaft niemals innerlich untersucht worden war. Unentschieden jedoch ist die Frage, ob der vorzeitige Eihautriss Folge oder Ursache dieser Infektion war.)
39. *Oehman, K. H., Ein Fall von Pyovarium nach einem Partus. Zentralbl. f. Gyn. p. 1033.
40. Ostmann, Friedr., Ein Fall von Tetanus puerperalis; anschliessend die der Literatur aus den Jahren 1900—1912. Diss. Greifswald.
41. Ostrcil, A., Über die Ziele der Geburtshilfe. Revue v therapii, verejné hygienè. 1912. p. 212.
42. Patel und Dujol, Ein Fall von Pelvioperitonitis durch Kolibazillen während der Schwangerschaft. Lyon méd. Nr. 28.
43. *Petermöller, F., Hoher Puls, ein Hinweis auf die bestehende Gefahr der Embolie. Ein Fall von Embolia arteriae centralis retinae. Frauenarzt. Heft 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 588.
44. *Reding, A. v., Ein ungewöhnlicher Fall von ausgedehnter Nekrose des puerperalen Uterus. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte. Nr. 21. Ref. Berl. klin. Wochenschr. p. 1227.

45. *Römer, C., Über Bakteriämie bei Aborten und ihre Bedeutung in klinischer und theoretischer Beziehung. Beitr. z. Klinik der Infektionskrankh. u. z. Immunitätsforschung. I. p. 299. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 1. p. 495.
46. Rudaux, P., De la mort subite pendant les suites de couches. Clinique. Jahrg. 8. Nr. 15. p. 231.
47. *Sachs, E., Über die Bedeutung des Streptokokkenbefundes im Vaginalsekret Kreissender. Anmerkung zu der gleichnamigen Arbeit von K. W. Jötten in Nr. 46. 1912 dieser Zeitschrift. Zentralbl. f. Gyn. p. 607.
48. *— Bemerkungen zu der Arbeit von Carl Römer: Über Bakteriämie bei Aborten und ihre Bedeutung in klinischer und theoretischer Beziehung. Beitr. z. Klinik der Infektionskrankh. u. z. Immunitätsforsch. Bd. 2. p. 137.
49. Scheer, Kurt, Bedeutung der vaginalen Untersuchung bzw. operativer Eingriffe bei der Geburt für den Verlauf des Wochenbettes, unter spezieller Berücksichtigung des bakteriologischen Befundes. Diss. Strassburg.
50. Schmidlechner, Károly, A vérmorphologiai vizsgálatok értékéröla gyermekágyi láznál. Orvosi Hetilap. Gyn. Nr. 2. (In 44 Fällen von Puerperalfieber, worunter leichte, schwere und tödliche Fälle vorkamen, untersuchte Schmidlechner systematisch das Verhalten des Blutbildes und kommt zum Resultate, dass solche Untersuchungen von diagnostischer und prognostischer Wichtigkeit seien. Jede Infektion hat eine gesteigerte Leukozytose zur Folge. Für einen ungünstigen Verlauf sprechen: bedeutendere Veränderungen des Blutbildes; eine stetig ansteigende oder anhaltend hohe Leukozytose; ein plötzliches Sinken derselben bei schweren klinischen Symptomen (Leukozytensturz); eine anhaltende prozentuale Abnahme der Lymphozyten, insbesondere der kleinförmigen; eine bedeutende und zunehmende Verschiebung des Arnethschen Blutbildes nach links und die Niedrigkeit und ständige Abnahme der Wolfschen Ziffer. Wo diese Erscheinungen fehlen oder nur in geringem Masse vorhanden sind, ist die Prognose günstig zu stellen.)
51. Schweitzer, B., Zur Prophylaxe des Wochenbettfiebers, zugleich ein Beitrag zur Bakteriologie der Scheide Schwangerer. Leipzig, Hirzel.
52. Stern, Ein Fall von puerperaler Septikämie mit multipler Lymphadenitis. Wratsch. Gaz. Nr. 9. (Bei der schwer septischen Patientin traten während der Uterusspülung Bewusstlosigkeit und Krämpfe der Gesichtsmuskeln ein (Reizung durch die Karbollösung oder aber Embolie). Serotherapie blieb erfolglos. 17 Tage p. p. plötzliches Anschwellen der Lymphdrüsen an den Extremitäten; multiple Abszessbildung in den Drüsen, Kräfteverfall. Bakteriologisch konnte der Eiter nicht untersucht werden. Verf. unterstreicht den frühen Beginn der Krankheit (drei Tage p. p.), die Abwesenheit von Schüttelfrösten (nur ein Schüttelfrost zu Beginn der Erkrankung) und den Umstand, dass die Gelenke frei blieben von Eiterung (Septikämie).) (H. Jentter.)
53. Stewart, D. H., Lactation atrophy of the uterus. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 68. p. 847.
54. Stookes, A., Puerperal Mortality in Liverpool. Liverpool Medical Institution. Sitzg. 6. Febr. Ref. The Lancet. Febr. 22. p. 536.
55. Thélin, Ch., Etude de 441 cas de fièvre puerpérale observé du 1 Janvier 1903 au 31 Décembre 1910. Diss. Lausanne 1912.
56. *Traugott, M., und M. Goldstrom, Über die bakteriologische Untersuchung des Vaginalsekrets Kreissender und seine prognostische Bedeutung für den Verlauf des Wochenbettes. Zentralbl. f. Gyn. p. 225.
57. *Traugott, Anaerobier. Diskuss. Mittelrhein. Ges. f. Geb. u. Gyn. Frankfurt. 17. Nov. 1912. Bericht: Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. p. 378.
58. Walton, W. J., and L. S. Medalia, Haemolitic Streptococcus and puerperal septicaemia. Surg., Gyn. and Obst. Chicago. Dec. XV. Nr. 6.
59. *Warnekros, Plazentare Bakteriämie. Arch. f. Gyn. Bd. 100. Heft 1. p. 173.
60. *— Plazentare Bakteriämie. 15. Vers. d. deutsch. Ges. f. Gyn. Halle. 14. Mai.
61. *Werner, Geheilter Tetanus puerperalis. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. Posen. 15. März. (Ein am zehnten Tage nach der Entbindung durch den Forzeps aufgetretener Tetanus heilte unter mehrfachen Gaben Höchster Tetanusantitoxines innerhalb von 2½ Wochen ab. Die Verbindung des Kreisszimmers mit einem Pferdestall wird zu dem Charakter der Infektion in Beziehung gebracht.)
62. Westphalen, F., Seitenlage intra partum und endogenen Infektion. (Bemerkung zur Neuauflage des Hebammenlehrbuches.) Zentralbl. f. Gyn. p. 280. (Westphalen konnte beobachten, dass aus der Scheide Luft entwich, wenn die Kreissende nicht,

wie es das Lehrbuch vorschreibt, bereits nach Geburt des Kopfes aus der Seiten- in die Rückenlage zurückgebracht worden war, sondern erst nach der völligen Ausstossung des Kindes. Er hält es für sehr wahrscheinlich, dass mit diesem Aspirationsstrom zugleich keimbeladenes Sekret aus der Vulva hinaufbefördert wird und ist erstaunt, dass der entsprechende, seiner Ansicht nach nicht unwichtige Passus aus der Neuauflage des Hebammenlehrbuches gestrichen worden ist.)

63. *Willett, Th., und W. Maeschtle, Fall von Thrombose der Vena cava inferior. Journ. Amer. med. Assoc. 1912. p. 1878.
64. *Zangemeister, Anaerobier. Diskuss. Mittelrhein. Ges. f. Geb. u. Gyn. Frankfurt. 17. Nov. 1912. Bericht: Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. p. 378.
65. Zatzkin, Zur Frage über die Bedeutung hämolytischer Streptokokken in der Pathologie des Wochenbettes. Journ. akusch. i shensk. bol. März. (H. Jentter.)
66. *Zazkin, A. E., Zu der Frage der Bedeutung der hämolytischen Streptokokken in der Pathologie des Wochenbettes. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 28. p. 377.
67. Zubrzycki, J. v., und R. Wolfsgruber, Normale Hämagglutinine und ihr Übergang auf das Kind. Deutsche med. Wochenschr. 39. p. 210.
68. Zweifel, P., Zur Verhütung der durch Spontaninfektion verursachten Wochenbettsfieber. Zentralbl. f. Gyn. p. 1443.

Selbstinfektion.

Ahlfeld (1) wehrt sich gegen den Vorwurf Bumms und Sigwarts, eine nicht haarscharfe Begrenzung des Begriffes der Selbstinfektion könne nur Verwirrung schaffen. Ahlfeld betont demgegenüber, dass seiner Ansicht nach der Haupt- und Grundgedanke in der Frage der Selbstinfektion immer noch die Schuldfrage sei. Von diesem rein klinisch-praktischen Standpunkte aus sind eben alle die Infektionen unter „Selbstinfektion" zu begreifen, die aus der Vagina, Vulva und den äusseren Geschlechtsteilen in den Uterus hinauf gelangen, ohne dass der untersuchende Finger, das Instrument oder das Verbandmaterial beschuldigt werden können. Ob man sich zur wissenschaftlich-bakteriologischen Ergründung der ganzen Frage besondere Unterteilungen mache, sei eine Sache für sich. Seiner Ansicht nach seien allerdings die Mehrzahl der Infektionen in einer gut geleiteten Klinik Selbstinfektionen in dem genannten Sinne. Befürchtungen Bumms, eine Verbreitung solcher Anschauungen könnten alle Desinfektionsmassregeln dem Praktiker irrelevant erscheinen lassen und sei infolgedessen angetan, hier laxe, vom Fatalismus diktierte Sitten aufkommen zu lassen, bestünden völlig zu unrecht. Gerade diese Anschauung über Selbstinfektion stellt weit grössere Anforderungen an das geburtsleitende Personal. Denn jetzt kommt es nicht allein auf eine exakte Reinigung der Hände sowie der Kreissenden allein an, sondern auch andere Wege und Möglichkeiten, die das Vordringen von Keimen bis an das äussere Genitale begünstigen, müssen bedacht und sorgfältig gemieden werden. — Mit der genauen Beschreibung von 90 Fällen von Selbstinfektion erhärtet Ahlfeld seine theoretischen Anschauungen.

Auch Bondy (9) hält die scharfe Trennung zwischen den Keimen der Scheide, der Vulva und des äusseren Genitales, auf die besonders Pankow, sowie Bumm und Sigwart dringen, für unangebracht im Interesse der Verständigung über die Selbstinfektion. Wenn schon auf allen Seiten die Möglichkeit einer Aszension vom äusseren Genitale aus zugestanden wird, so spiele es eine derartig wichtige Rolle nicht, wo auf seinem Wege der Keim gerade sich befand, um deswegen von neuem Unterabteilungen und neue Begriffe zu schaffen. Das Zentrum der Selbstinfektionsfrage bleibe doch immer die Frage des Importierens, des Verschuldens. — (Der Anschauung Bumms, dass in der Scheide nicht Untersuchter Fäulniserreger nicht vorkommen, tritt Bondy mit seinen eigenen Versuchen entgegen, in denen es ihm gelang, in 16 von 20 Fällen auf anaerobem Wege Fäulniskeime zu züchten. Dass es bisher nicht gelang, Scheidenstreptokokken tierpathogen zu machen, spreche wegen der allzu geringen Korrelation zwischen Menschen- und Tierpathogenität absolut nicht gegen die Virulenz der Scheidenstreptokokken.)

Bewertung der hämolytischen Streptokokken im Wochenbett, in Schwangerschaft und Geburt.

Levy (31) konnte die Erfahrung Hamms wiederum bestätigt finden, indem auch in seinen Untersuchungen die schwersten puerperalen Infektionen durch hämolytische Streptokokken in Reinkultur bedingt waren, im übrigen ein steriles Scheidensekret meist eine günstige Prognose bot und bei Mischinfektion die Prognose sich besser stellte als bei Reinkulturen.

Sachs (47) wendet sich gegen Jötten, der (Bericht 1912) auf Grund seiner Untersuchungen zu dem Schluss gekommen war, dass die hämolytischen Streptokokken keine pathogene Bedeutung, weder intra partum noch im Wochenbett haben. — Jötten habe mit seiner Untersuchung lediglich das noch einmal genauer bestätigt, was Sigwart aufzudecken gelang, dass nämlich unter den Kreissenden und noch mehr den Wöchnerinnen ein grosser Prozentsatz hämolytische Streptokokken beherbergt, ohne zu erkranken: die Bazillenträgerinnen. Wer aus solchen Untersuchungsbefunden den Schluss zieht: diese Keime haben keine pathogene Bedeutung, muss folgerichtig auch den Diphtherie- und Typhusbazillen die Pathogenität abstreiten, die man ebenfalls in einer gewissen Prozentzahl auch bei gesunden Individuen findet. — Gerade um über die pathogene Bedeutung des hämolytischen Streptokokkus im Einzelfalle unterrichtet zu werden, könne es nichts Ungeeigneteres geben, als eine subtile elektive Untersuchungsmethode wie die Bouillon. Eben hierauf habe Sachs immer wieder hingewiesen, dass der pathogen wirksam gewordene Streptococcus unter Überwuchern aller Begleitflora auch schon im Blutagarausstrich in Reinkultur zu wachsen pflege, dass hingegen der Nachweis eines hämolytischen Streptococcus, über dessen Mengenverhältnisse man nichts weiss, gar nichts zu sagen hat.

Zazkin (66) wiederum kommt zu dem Resultat, dass das Vorhandensein von hämolytischen Streptokokken in den Lochien der Wöchnerinnen weder diagnostisch noch prognostisch von irgendwelcher Bedeutung ist.

Zur Klärung der Frage der prognostischen Bedeutung der Streptokokken im Vaginalsekret Kreissender haben Traugott und Godstrom (56) ähnlich wie Jötten (Berichtsjahr 1912) das Vaginalsekret von 902 Kreissenden auf das Vorkommen von hämolytischen und anhämolytischen Streptokokken geprüft und mit dem Verlauf des Wochenbettes in Vergleich gestellt. Sie kommen hierbei zu etwa den gleichen Resultaten über die diesbezügliche prognostische Bedeutung der Streptokokken, auch der hämolytischen, wie Jötten.

Von den 902 Frauen hatten:

	Streptokokken: 388	Keine Streptokokken: 514
Von ihnen hatten Temperaturen über 38° im Puerperium	41 = 10,5 %	64 = 12,45 %

also eher ein Unterschied zugunsten der Kreissenden mit positivem Streptokokkenbefund. Zu noch prägnanteren Unterschieden kommt man, wenn man die Schwere der Infektionen berücksichtigend die Zahl der Fiebertage für jede der Gruppen berechnet.

Die Untersuchungen führen also zu dem Ergebnis, dass es für die Prognose des Wochenbettes nicht fiebernder Kreissender völlig gleichgültig ist, ob ante partum Streptokokken im Vaginalsekret vorhanden sind oder nicht. Es handelt sich allerdings hierbei um ein Material, das abgesehen von den operativ beendeten Fällen lediglich rektal untersucht war. Und dem Umstande sind die Autoren geneigt, grossen Wert in dieser Frage beizulegen, insofern, als die Kreissenden auf diese Weise mit Sicherheit vor jeder exogenen sowie artifiziellen endogenen Infektion geschützt sind (nach Achoff 1911).

Bondys (7) Befunde scheinen auf engere Beziehungen der in der Cervix gefundenen Flora zum Verlauf des Wochenbettes hinzudeuten. Allerdings sind sie an einem andersartigen Material erhoben. Bondy sucht an 25 Fällen von extraperitonealem Kaiserschnitt nachzuweisen, inwieweit sich unsere klinischen Bezeichnungen: „rein", „verdächtig", „unrein" decken mit dem bakteriologischen Befunde zur Zeit der Operation, mit der Bewertung desselben nach unseren diesbezüglichen derzeitigen Anschauungen und wie der weitere klinische Verlauf hiermit in Einklang zu bringen ist. Die angewandte Methodik war die folgende: Vor der Operation wurde Zervikalsekret entnommen und gleich nach dem Cervixschnitt Fruchtwasser mit einem Wattepinsel. Es wurde ein Ausstrich gemacht und von jedem eine Blutagarstrichplatte, eine Schüttelkultur in hochgeschichtetem Traubenzuckeragar und meist noch eine Bouillonkultur angelegt. — Zur Operation gekommen waren eine nicht unbeträchtliche Zahl mit Temperaturerhöhung vor der Operation bis zu 39 und 39,4^0 (Achselhöhle). Während sich nun bei den 12 reinen Fällen in der Cervix mit Hilfe des Kulturverfahrens 7 mal Keime nachweisen liessen, im Fruchtwasser jedoch keinmal, so stehen dem die infizierten Fälle gegenüber mit 12 positiven Befunden in der Cervix, 7 im Fruchtwasser. War der letztere in 2 Fällen auch ein vielleicht irrelevanter (einige anhämolytische Strepokokken in der Bouillon, im anderen Falle vereinzelte Koli), so handelte es sich in fünf von ihnen schon im Ausstrich um ein infiziertes, eiterähnliches Sekret. — Im grossen und ganzen scheint nach Abzug einiger Fälle, in denen grampositive Stäbchen nur im Ausstrich oder spärlich in Bouillon gewachsen waren, so viel aus der Untersuchung hervorzugehen, dass einmal kulturell eine weitgehende Übereinstimmung zwischen Cervixsekret und Fruchtwasser besteht, vor allem aber der klinische Begriff der Reinheit oder Unreinheit sich auffallend deckt mit dem bakteriologischen Befunde. Was nun den weiteren Verlauf der Fälle im Wochenbett anlangt, so ist wohl auch hier eine grosse Überlegenheit der reinen über die unreinen Fälle offenkundig, doch lässt sich keineswegs eine Parallele konstruieren zwischen dem sich ähnelnden bakteriologischen Befund auf der einen und dem weiteren klinischen Verlauf auf der anderen Seite.

Bewertung der Keime im Blute.

Um eine exakte Vorstellung über den Weg und die Eintrittspforten und somit die Bedeutung der Keime im Blut zu erhalten, hat Warnekros (59, 60) 30 Fälle von Fieber unter der Geburt (über 38,5^0) auf folgende Weise untersucht: Vor der Geburt wurde Sekret aus dem Uterus entnommen, vor und nach der Geburt Blut aus der Armvene. Plazenta und Eihäute wurden im Schnitt auf Bakterien gefärbt. Von den Blutproben der 30 untersuchten Fälle, die intra partum bei aufsteigender Temperatur entnommen waren, zeigten 21 in der tiefen Agarröhre Wachstum. Meistens handelte es sich um Mischinfektionen. Die nach der Geburt entnommenen Blutproben blieben mit einer einzigen Ausnahme steril. Diese Patientin starb am dritten Tage des Wochenbettes an Sepsis. Der bakterioskopische Befund an der histologisch untersuchten Plazenta gibt einen Beleg für die klinischen Beobachtungen: man trifft die Keime allenthalben auf ihrem Wege durch Amnion und Chorion hindurch in die intervillösen Räume hinein und in einem intra partum ad exitum gelangten Fall kann man sie bis in die von hier fortführenden Venenbahnen verfolgen. Andererseits finden sie aber auch am zervikalen Pol der Plazenta durch die Decidua basalis hindurch den Zugang zu den intervillösen Räumen. — Warnekros nimmt an, dass in den Fällen, in denen das Blut intra partum noch kein positives Züchtungsresultat ergab, die Temperatursteigerung lediglich auf eine Toxinresorption zu beziehen sei.

Hecker (23) untersuchte in 100 Fällen puerperaler Erkrankung das Blut. Die diagnostische Verwendbarkeit dieses Befundes zur Diagnose Puerperalfieber

ist eine recht geringe, da in nur 33 $^0/_0$ sicherer puerperaler Infektionen die Keime im Blut sich fanden. In der Prognose erweist sich die numerische Wahrscheinlichkeit der Mortalität in den Fällen mit positivem Blutbefund um sechsmal grösser als bei negativem Befunde. In 81 $^0/_0$ der positiven Fälle fand sich der Streptococcus. Die Mengenverhältnisse der jeweilig im Blute gefundenen Keime — weder eine geringe Zunahme noch eine beschränkte Abnahme — bieten niemals ein sicheres Kriterium für die Prognose der Puerperalerkrankung.

Römer (45) prüfte auf der Schottmüllerschen Abteilung das Blut von 171 operativ beendeten Aborten, die zum Teil fieberhaft waren, direkt nach der Ausräumung noch vor dem eventuellen Eintritt eines Schüttelfrostes. Nur in 47 Fällen hatte er einen negativen kulturellen Befund. Römer legt grossen Wert auf den Zeitpunkt der Entnahme des Blutes. In einem Teil der Fälle blieb die nach dem Frost angelegte Kultur bereits steril, das Wochenbett völlig fieberfrei. Verfasser folgert hieraus, dass das strömende Blut ein starkes Desinfiziens bedeute, und dass der Schüttelfrost als eine Reaktion des Körpers aufzufassen ist auf die beim Absterben der Keime frei werdenden Endotoxine. Am häufigsten erzeugen Schüttelfrost: der Bacillus phlegmas. emph. (Fraenkel), dann der Streptoc. erysip., B. coli, Streptoc. putrid., Staphyl. aerog., aerobe Staphylokokken. — Eine schlechte Prognose geben Streptoc. erysip. und Staphyl. aur. in Verbindung mit dem Bact. phlegmas. emphys.

Virulenz.

Medalia und Walton (34) sehen in dem opsonischen Index ein gutes Kriterium für die Schwere einer Infektion, die Widerstandskraft des Patienten, doch niemals für die Virulenz eines Erregers.

Hüssy (27) greift nochmals die Frage der Prognosenstellung auf bakteriologischem Wege an, versucht sich jedoch nicht an der Virulenzbestimmung des betreffenden Krankheitserregers, sondern will lediglich die Widerstandskraft des Kranken gegenüber einem artgleichen, bereits bekannten Keim ermitteln. Er wählt hierfür den Weg, dass er einer Kultur dieses Keimes Serum der Kranken zusetzt und nun die Wachstumshemmung prüft, die sich bei Streptokokken in geschwächter Hämolyse, Neigung zu Diplokokkenform an Stelle der Ketten sich kundtut.

Verschiedene Erreger.

Hamm (20) erklärt sich die Zweifel, die seinen und Schottmüllers Befunden von Anaerobiern gegenüber erhoben wurden, mit der Besonderheit der von ihm geübten Züchtungsverfahren. Zur Untersuchung von Sekreten dient ihm der Ausstrich auf Traubenzuckeragar-, Aszitesagar- und Nabelvenenblutagarplatten, die auf einem Gestell in einem nach Buchner sauerstofffrei gemachten Gefäss untergebracht sind. Das Weiterzüchten geschieht in Reagenzgläsern in einem ähnlichen Gefäss. Die Aussaat von Blut geschieht ebenfalls gleichzeitig in eine grössere Reihe verschiedener Anaeroben-Nährböden: Schottmüllers Zylinderagarröhre, grosse Kollesche Agargussschale in einem nach Buchner sauerstofffrei gemachten Gefäss, eine enge, hohe Traubenzuckerbouillonröhre, Bouillonkolben (Hueppe) mit Wasserstoffdurchleitung aus Draeger-Bombe.

Zangemeister (64) betont in der Diskussion, dass er bei seiner Ansicht verharren müsse, die Anaerobier spielten für die puerperale Infektion — von Aborten abgesehen — eine ganz untergeordnete Rolle; er räumt zugleich ein, dass einige derartige Differenzen in bakteriologischen Befunden verschiedener Autoren durch die örtliche Verschiedenheit des Materiales sich geklärt hätten.

Traugott (57) hat auch nach der genaueren Einführung in die Schottmüllerschen Methoden im Hamburger Laboratorium dieselben Befunde wie zuvor. Von 34 Blutuntersuchungen bei Puerperalfieber waren nur in zwei Fällen

in der grossen Schottmüller-Röhre allein Keime aufgegangen; diese wuchsen jedoch in beiden Fällen bei der Fortzüchtung sofort auch sehr gut anaerob. In einem weiteren Falle wuchsen in der Röhre Keime ohne Gasbildung und Geruch, die Streptokokken gewesen sein mögen; sie liessen sich aber auf keine Weise weiterzüchten, so dass in diesem Falle die Frage offen bleibt, ob es sich hier vielleicht um einen Anaerobier gehandelt haben mag. — Ein oben wie unten durch einen Wattepfropf abgeschlossenes Röhrchen empfiehlt Traugott deswegen, weil nach Erstarren die Agarsäule mit einem der Pfröpfe in fester Verbindung zu sein pflegt und sich mit ihm zugleich leicht hervorziehen lässt.

Auch Mihalkowics und Rosenthal (II, 48) fanden den anaeroben Streptococcus in 100 bakteriologisch untersuchten Aborten nur ein einziges Mal.

Hamm (19) beobachtete einen tödlich verlaufenden Fall von Kolipyämie. Bei bestehender Koliinfektion der Harnwege war eine Abortausräumung vorgenommen worden. Aus den Thromben beider Iliakae, aus der Milz und dem Herzblut wuchs Koli in Reinkultur. Schwere Intoxikationserscheinungen im Krankheitsbilde sucht Hamm als Anaphylaxiewirkung zu erklären auf Grund reichlichen, im Blut frei werdenden körperfremden Eiweisses von seiten der Bakterien.

Hannes (21) gibt seinem Erstaunen darüber Ausdruck, wie wenig Beachtung in der Literatur den Beziehungen der Gonorrhoe zum Frühaufstehen im Wochenbett geschenkt ist. — Während auf der einen Seite die Erfahrungen der Breslauer Klinik dahin gehen, dass für das erste Verlassen des Bettes innerhalb der Klinik der vierte bis fünfte Wochenbettstag im allgemeinen der günstigste Termin ist, so erscheint auf der anderen Seite absolutes Innehalten der Bettruhe über mindestens zwei Wochen als das beste Prophylaktikum gegen das Aszendieren der Gonorrhoe im Wochenbett. Ist dem in der Tat so, so scheint aus dem therapeutischen Dilemma allein eine exakte Untersuchung auf eine latente Gonorrhoe herauszuhelfen. In diesem Sinne wurden sämtliche Schwangere und Kreissende bakterioskopisch untersucht. Die hier gefundenen $4^0/_0$ gonorrhoisch Infizierter unter den 1753 Schwangeren der letzten $1^1/_2$ Jahre stellen nach Hannes nur einen Bruchteil der Gesamtzahl von Gonokokkenträgern dar. Hannes verspricht sich vielleicht eine Erweiterung der positiven Befunde nach provokatorischer Verabreichung von Gonokokkenvakzine. — Während nun nach spontaner Geburt im allgemeinen 5—$7^0/_0$ Fieberfälle zu verzeichnen waren, steigerte sich die Zahl bei den Gonorrhoischen auf etwa das Vierfache. Es überwog hierunter bei weitem die Zahl derjenigen Fälle, die intra partum eine innere Untersuchung erfordert hatte.

Mc Donald (15) glaubt mit Gewissheit den Gonococcus in einem Falle von tödlicher puerperaler Peritonitis als den alleinigen Erreger ansprechen zu müssen; überhaupt ist er geneigt, den Gonococcus häufiger für den Erreger schwerer puerperaler Infektionen zu halten.

Werner (61) erwähnt einen Fall von puerperalem Tetanus, der am 10. Tage nach einem Forzeps in Nachbarschaft eines Pferdestalles ausgebrochen war. Unter Anwendung von Höchster Antitoxin Abheilung innerhalb von $2^1/_2$ Wochen.

Peritonitis.

Hicks (25/26) greift alle Arten lokalisierter puerperaler Peritonitis operativ an. Die verschiedene Lokalisation der Herde, die teils im Douglas, teils hoch oben in der Bauchhöhle gelegen sein können, erfordert auch einen verschiedenen Weg des Zuganges zu dem Herde. Da die Keime den Weg durch die Tuben denjenigen durch die Lymphbahnen vorzuziehen pflegen, so werden derartige Eiterherde selbst zwischen den Darmschlingen und dem grossen Netze auf der Höhe des Nabels angetroffen. Der bequemere und gefahrlosere Weg durch das Scheidengewölbe ist nur dann angängig, wenn der Herd tief hinabreicht und keinesfalls

mehr durch eine unverklebte Tasche des Douglas von der Scheide getrennt ist. Anderenfalls wird der Herd von den Bauchdecken aus angegangen. — Besonders zu berücksichtigen ist, dass jeder Versuch, eine Pyosalpinx oder ein abszesshaltiges Ovarium zu entfernen, die Gefahr einer allgemeinen Sepsis heraufbeschwört wegen der Eröffnung der meist mitinfizierten Parametrien. Überhaupt ist die Gefahr einer dem Eingriff folgenden Septikämie nicht gering. Schwierig ist die Bestimmung der Zeit des Eingriffes; im allgemeinen wird während des Zuwartens die Virulenz des Keimes abnehmen, der Schutz des Körpers gegenüber einer allgemeinen Verbreitung des Erregers zunehmen.

Thrombose.

Meurer (35) nimmt in einigen Punkten der Thrombosefrage einen besonderen Standpunkt ein. Unter 3700 Geburten beobachtete er 46 Thrombosen, also etwa 1,3 %. Eine grössere Häufung der Fälle in den letzten Jahren führt er auf eine diesbezüglich exaktere Beobachtung zurück. Embolien wiesen 13 = 20 % der Fälle auf. In 6 Fällen wurde die Thrombose erst durch das Auftreten der Embolie entdeckt. Meurer ist kein Anhänger der Infektionstheorie. Der Michaelisschen Auffassung, als gingen der Mehrzahl der Thrombosen Temperatursteigerungen voraus, kann er absolut nicht beipflichten. Im Gegenteil, er fand die Temperaturerhöhung im allgemeinen erst, wenn der Thrombus sich auf andere Weise bereits bemerkbar gemacht hatte, und führt diese nicht auf eine Infektion zurück, sondern auf die Resorption des thrombotischen Materiales. Da von 252 während der Schwangerschaft auf Milchdiät gesetzten 12 = 3,6 % an Thrombose erkrankten gegenüber 1 % der übrigen, so ist Meurer nicht abgeneigt, dem hohen Kalkgehalt der Milch und der durch ihn erhöhten Gerinnungsfähigkeit des Blutes einen gewissen ätiologischen Wert beizumessen.

Petermöller (43) glaubt auf Grund vier eigener Erfahrungen über Embolien im Wochenbett an die Dignität des Mahlerschen Zeichens: in allen vier Fällen bestand ohne Temperaturerhöhung ein Puls von 90—120. Für charakteristisch sieht er die Wirkungslosigkeit der Digitalis auf die Pulsfrequenz in diesen Fällen an.

Bei einer V-Gebärenden mit chronischer Nephritis inzidierten Willett und Maeschtle (63) über der rechten Niere wegen einer hier sich ausbreitenden Schwellung und des Verdachtes auf perinealen Abszess. Das Gewebe um die Niere ist stark ödematös durchtränkt und es zeigt sich die Vena cava von der Bifurkation bis zum Eintritt in das Diaphragma durch einen Thrombus erfüllt. In den nächsten Tagen merkliche Vergrösserung der epigastrischen Venen. Nach 3 Monaten Entlassung mit Schwellung der Beine nur nach längerem Stehen.

Uteruswandabszesse.

Harrigan (22) exstirpierte in der sechsten Woche des Puerperiums einen Uterus mit solitärem Wandabszess, der zu intraperitonealen Abszessen von seiten des Uterus und Adhäsion des Sigmoideums am linken Horn geführt hatte. Am vierten Wochenbettstage war eine Abrasio vorgenommen worden. Den solitären Abszess hält Harrigan für lymphogenen Ursprungs im Gegensatz zu den multipel auftretenden thrombophlebitischen.

Reding (44) teilt einen Fall mit von ausgedehnter Nekrose der tumorartig verdickten Wand des puerperalen Uterus, ungefähr die innere Hälfte der Wand wurde nekrotisch ausgestossen. Wahrscheinlich wird der Prozess in Zusammenhang zu bringen sein mit der Insertion des Eies in der Muskulatur selbst infolge völligen Fehlens der Uterusschleimhaut.

Ovarialabszess.

Ovarialabszesse im Puerperium stehen selten zur Untersuchung zur Verfügung, da sie ohne chirurgischen Eingriff abzuklingen pflegen. Um so wissens-

werter ist der von Oehman (39) histologisch und bakteriologisch genauer untersuchte Fall. Eine 31jährige Ipara erkrankt eine Woche post partum mit Frösten und hohem Fieber und war auf 7 Wochen bettlägerig. $^1/_2$ Jahr nach der Geburt wird sie wegen starker Schmerzen, die seit der Geburt noch nicht völlig verschwunden sind, in die Klinik wieder aufgenommen. Durch Laparotomie wird ein linksseitiges, vielfach verbackenes Pyovarium entfernt. Aus dem Eiter wachsen Streptokokken in Reinkultur; im Ausstrich sind keine Keime nachzuweisen. Die Infiltration der Abszesswand bestand grösstenteils aus Plasmazellen. Da auf der anderen Seite der klinische Verlauf für den gonorrhoischen Charakter der Infektion zu sprechen scheint, so glaubt Oehmann in diesem Falle eine gewisse Bestätigung der Schriddeschen Lehre zu sehen, dass nämlich reichlichere Entwickelung von Plasmazellen in Entzündungsprozessen an Tube und Ovarium für den gonorrhoischen Ursprung dieses Prozesses so charakteristisch sind, dass sie ohne weiteres, auch ohne den bakteriologischen Befund, die Diagnose auf Gonorrhoe zu stellen erlaubt. Bestärkt in dieser Ansicht wird Oehmann überdies durch den auffallenden Reichtum an eosinophilen Leukozyten. Eine deutliche Vermehrung gerade dieser während puerperaler Infektionen bei gonorrhoisch infizierten Frauen hatte bereits Gräfenberg feststellen können.

Septische Metastasen.

Latzko (30) machte die seltene Beobachtung eines metastatischen Gehirnabszesses im Verlaufe einer Pyämie nach infektiösem Abort. Die Sektion machte es wahrscheinlich, dass der thrombophlebitische Prozess bereits im Erlöschen war, als die Entwickelung des Gehirnabszesses zum Tode führte. Als Ausgangsquelle für den Abszess wird nur ein kleiner gangräneszierender Lungenabszess in Frage kommen können. Latzko weist darauf hin, dass für den inneren Kliniker die Vergesellschaftung von eitrigen Lungenerkrankungen, besonders Bronchiektasen, Gangrän, Abszessen und auch Empyemen mit Hirnabszessen eine nicht seltene Beobachtung bildet. Ein derartiges Abhängigkeitsverhältnis der beiden Lokalisationen im vorliegenden Falle gewinnt an Glaubwürdigkeit durch den bakteriologischen Befund: es enthielt der Eiter des Hirnabszesses ein Gemisch der verschiedenartigsten Bakterien.

Erggelet (16) beobachtete im Verlauf einer schweren, letal endigenden Sepsis eine beiderseitige metastatische Ophthalmie.

Petermöller (43) führt die septische Embolie der Arteria centralis retinae $5^1/_2$ Monate post partum mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit auf einen von der Geburt zurückgebliebenen Infektionsherd im Becken zurück.

II. Prophylaxe und Therapie.

1. Arinkin, Zur Spezifizität der Staphylokokkenantifagine. Wratsch. Gaz. Nr. 25. (H. Jentter.)
2. Asch, Zur operativen Behandlung puerperaler Sepsis. Med. Sekt. der schles. Ges. f. vaterländ. Kultur zu Breslau. 8. Nov. 1912. Protokoll: Berl. klin. Wochenschr. p. 134. (Asch beobachtete den Ausgang einer puerperalen Infektion in Heilung, bei der er am vierten Tage post partum die linke, thrombosierte Spermatika in ganzer Länge nebst eines Keiles der seitlichen Uteruswand und der linken Adnexe exstirpiert hatte. Die klinischen Symptome können nicht als die einer reinen Pyämie bezeichnet werden, im Blute waren reichlich hämolytische Streptokokken nachgewiesen worden.)
3. Aschheim, S., Die Behandlung des fieberhaften Abortes. Med. Klin. Jahrg. 9. p. 2034.
4. Aubert, L., Le traitement de l'avortement septique. Schweizer Rundschau f. Med. Bd. 13. Nr. 15. p. 619.
5. *Bennecke, H., Behandlung schwerster Sepsis mit intravenöser Infusion grösserer Mengen menschlichen Normalserums nach vorausgegangenem Aderlass. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 35. p. 1926.

6. *Benthin, W., Zur Behandlung des fieberhaften Abortes. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 73. Heft 3. p. 832.
7. Birdwood, G. T., The management of the puerperium and its relation to puerperal fever. Ind. med. Gaz. 48. p. 94.
8. *Bleynie, G., Puerperale Infektion und Salvarsan. Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. Jahrg. 7. Nr. 3.
9. *Bouchacourt, L., Sur les divers éléments de la technique rationelle du traitement myogénétique et ambulatoires des suites de couches. Rev. mens. de gyn., d'obst. et de péd. 8. p. 93.
10. Bouffe de St.-Blaise, A propos du lever hâtiv des accouchées. Rev. mens. de gyn., d'obst. et de péd. 8. p. 1—4.
11. — — De la situation de l'utérus après l'accouchement à terme et pendant les suites de couches immédiates et tardives. Paris méd. Nr. 22. p. 541.
12. Brix, Über einen durch Operation geheilten Fall von puerperaler Sepsis. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 24.
13. *Broca, M., Sur le traitement des péritonites septiques généralisées par l'éthérisation du péritoine. Soc. de chir. de Paris. 15 Oct. Ref. Presse méd. Nr. 86. p. 863.
14. Croner, Fr., Lehrbuch der Desinfektion. Für Ärzte, Chemiker, Techniker, Tierärzte und Verwaltungsbeamte. Leipzig, Klinkhardt.
15. *Daels, Franz, Über die Wirkung des Elektrargols. Clin. Zentralbl. f. Gyn. 329.
16. *Darnall, Edgar Wm., Die operative Behandlung der puerperalen Septikämie. Verhandl. der amer. Ges. f. Geb. u. Gyn. Toledo. 17. Sept. Bericht: Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. April and May. p. 904. (Aufforderung zu operativer Enthaltsamkeit.)
17. David, M. Ch., Le traitement des abcès du sein sans incision. La Presse méd. Sept. p. 789.
18. Davis, E. N., Involution of the uterus, or care of the puerperium. Journ. of the Arcansas Med. Soc. Vol. 9. Nr. 9. p. 207.
19. Delmas, P., La pratique journalière de l'infection puerpérale. Journ. de sages-femmes. 41. p. 201, 209, 217.
20. — Du tamponnement à l'essence de thérébenthine pure dans l'endométrite puerperale. Rev. prat. d'obst. et de gyn.
21. *Döderlein, Intrauterine Behandlung der Infektionen post abortum und post partum. 17. Intern. med. Kongr. zu London. 6. August. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1433.
22. Fedde, B. A., The management of the puerperium and its minor abnormalities. Med. Record. Vol. 83. Nr. 17. p. 752.
23. Findley, Palmer, The management of puerperal thrombophlebitis. Surg., Gyn. and Obst. 17. Nr. 3. p. 316.
24. Funck-Brentano et Roulland, Deux cas de septicaemie grave guérie par le serum antistreptococcique associés à l'abcès de fixation. La Gyn. Avril. p. 193.
25. Gillmore Robert T., Advancet treatment of puerperal infection. The Journ. of the Amer. med. Assoc. Juny 21. p. 1944. (Beitrag zur Technik der Bereitung autogener Vakzine; therapeutische Empfehlungen konservativen Charakters.)
26. Girling, Ball W., Acute infectiv processes due to the Streptococcus, with special reference to the value of vaccines and serums in their treatment. The Lancet. June 1912. p. 1515.
27. Gologowsky, Klinische Beobachtungen zur Behandlung puerperaler Infektion. Wratsch. Gaz. Nr. 12. (Sitzungsber. der geb.-gyn. Ges. zu Kiew. Gologowsky spricht sich gegen die aktive lokale Behandlung aus. Spülungen und Dauerirrigationen genügen. Die Hauptaufgabe ist Sorge um die Herztätigkeit und Ernährung. Er sah gute Resultate von Streptokokkenserum und Kollargolpräparaten.) (H. Jentter.)
28. Gussew, Sekakornin, als prophylaktisches Mittel im Wochenbett. Prakt. Wratsch. Nr. 10. (Gussew hat nach 285 normalen und pathologischen Geburten und Aborten Sekakornin verabreicht. Es wirkt auf den puerperalen Uterus sicher und konstant, beschleunigt die Involution, bewirkt keinerlei Nebenwirkungen und begünstigt den normalen Verlauf des Wochenbettes.) (H. Jentter.)
29. Harrar, J. A., The treatment of puerperal streptococcaemia with intravenous injections of magnesium sulphate. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Vol. 68. p. 825.

30. *Hirst, Barton Cooke, Dickenson, Robert L., Delee, Joseph B., Report of the comittee on the treatment of puerperal fever. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. p. 1528.

31. *Ilkewitsch, W. I., Über die Behandlung der Puerperalsepsis durch intravenöse Injektionen von Aqua destillata. Zentralbl. f. Gyn. p. 1399.

32. — Intravenöse Injektion von destilliertem Wasser und wässerlichen Argentum nitricum-Lösungen bei puerperaler Sepsis. Wratsch. Gaz. Nr. 1. Sitzungsber. der geb.-gyn. Ges. zu Moskau. (Es kamen nur Schwerkranke mit hämolytischen Streptokokken im Blute zur Behandlung. Arg. nitr.-Lösungen (1 : 8000; 1 : 10 000 und 1 : 20 000, und zwar 500 ccm) wurden 83 Puerperalseptische infundiert, davon waren 20 in hoffnungslosem Zustande eingeliefert worden. Es starben 28. Destilliertes Wasser wurde 60 Kranken intravenös injiziert. Es starben acht (alle hoffnungslos eingeliefert). Nach der Injektion tritt Schüttelfrost ein, Temperatursteigerung und kritischer Abfall zur Norm und unter dieselbe. In einigen Fällen stieg die Temperatur nicht mehr, in anderen musste die Injektion wiederholt werden. Irgendwelcher schädlicher Einfluss auf das Blut und deren Elemente wurde nicht bemerkt. Im Gegenteil, in den meisten Fällen steigt die Zahl der roten und weissen Blutzellen, was prognostisch günstig ist. In allen Fällen, wo die Zahl der roten Blutkörperchen stieg, sogar bei Fallen der Leukozytenzahl, trat Genesung ein. Andererseits bei Verringerung der roten Körperchen, sogar mit gleichzeitigem kolossalem Ansteigen der Leukozytenzahl bis 40 000, gingen die Kranken zugrunde, wenn sich nicht ein Eiterherd bildete, welcher operiert werden konnte. Das Blutserum nach der Injektion enthielt kein Hämoglobin, was gegen die hämolytische Wirkung des destillierten Wassers und der Argentum nitricum-Lösungen spricht. Die Wirkung der letzteren ist nicht dem Arg. nitricum, sondern dem destillierten Wasser zuzuschreiben. Schwache Lösungen wirken zarter, stärkere (1 : 8000) können Nebenerscheinungen auslösen, z. B. Ikterus.) (H. Jentter.)

33. *Jacobs, Röntgentherapie der puerperalen Sepsis. 17. Internat. med. Kongr. London. 6. August. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1433.

34. *Jellet, H., Die chirurgische Behandlung der Beckenthrombose. Surg., Gyn. and Obst. Vol. 17. Nr. 2.

35. — The surgical treatment of pelvic thrombosis of puerperal origin. Royal Acad. of Med. in Ireland. 7. Febr. Bericht: The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. p. 347. (Verf. spricht der Frühoperation bei Pyämie das Wort.)

36. Jones, A., The management of the puerperium. Texas State Journ. of Med. Nr. 9. p. 239.

37. *Jordan, J. F., Puerperalinfektion mit besonderer Berücksichtigung der Vakzinetherapie. Brit. med. Journ. 1912. July 6. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1475.

38. Kalabin, Zur Anwendung des Phobrols in der Geburtshilfe und Gynäkologie. Prakt. Wratsch. Nr. 16. (Beobachtungen und bakteriologische Untersuchungen berechtigen Kalabin zu dem Schluss, dass der $^1/_2{}^0/_0$igen Lösung des Phobrols bakterizide Kraft zukommt. Diese Lösung ist nicht giftig, wird gut vertragen und ist ein befriedigendes Desinfiziens für die geburtshilfliche Praxis.) (H. Jentter.)

39. Kalledey, Lajos, Adatok a sublimat affinitásához. Orvosi Hetilap. Nr. 32. (Kalledey untersuchte nach der von Detre und Sellei angegebenen Methode die hämolitische Wirkung des Sublimats, weiterhin das Quantum des Mittels, welches innerhalb eines gewissen Zeitraumes durch eine bestimmte Menge von Bakterien gebunden wird und liess endlich die Sublimatlösung gleichzeitig auf die roten Blutkörperchen und die Bakterien einwirken. Er fand dabei, dass das Gebundenwerden des Sublimats durch die Bakterien durch das Hämoglobin nicht beeinflusst wurde, die hämolytische Wirkung hingegen beträchtlich abnahm. Es ist daraus auf die grössere Affinität des Sublimats dem Eiweiss der Bakterien gegenüber zu schliessen.) (Temesváry.)

40. Keim, G., De la responsabilité de l'accoucheur en cas de phlébite. Journ. de sages-femmes. 41. p. 225, 233. (Bei zu befürchtender Thrombophlebitis werden rektal verabreicht: 100 frische Rinderleber + 250 Wasser + 10 g reines Pepton.)

41. *Klauhammer, Fall von puerperaler Sepsis. Naturwiss.-med. Ges. Jena. 13. Febr. Münchn. med. Wochenschr. 60. Nr. 14. p. 785.

42. *Knapp, L., Klinische Untersuchungen zur Beurteilung des Spätwochenbettes, mit besonderer Berücksichtigung des Einflusses des „Frühaufstehens". Arch. f. Gyn. Bd. 100. p. 540.

43. v. Kubinyi, Geheilter Fall von Totalexstirpation der Gebärmutter bei allgemeiner puerperaler Peritonitis. Gyb. Ges. in Budapest. 22. April. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1202. (Instrumentelle Perforation bei Abortbehandlung. Erfolgreiche abdominale Totalexstirpation bei bestehender putrider Peritonitis fünf Tage nach dem Ausräumungsversuch.)
44. *Leidenius, Laimi, Untersuchungen über den Einfluss der Desinfektion der Kreissenden auf den Keimgehalt des puerperalen Uterus. Arch. f. Gyn. Bd. 100. p. 455.
45. Lepage, Behandlung der post abortum-Erkrankungen. 17. Internat. med. Kongr. London. Sekt. f. Geb. u. Gyn. Ref. Deutsche med. Wochenschr. p. 1862.
46. Marquié, Traitement de l'infection puerpérale généralisée à forme pyohémique par les injections sous-cutanées d'ergotine. Journ. des sages-femmes. 41. Nr. 11. p. 276.
47. Mihalkowics, Elemér v., und Eugen Rosenthal, Klinische und bakteriologische Beiträge zur Abortustherapie. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. p. 90.
48. Miller, C. Jeff., The surgical treatment of puerperal infection. New Orleans Med. and Surg. Journ. Vol. 65. Nr. 8. p. 594.
49. Morestin, M., Traitement esthétique des abcès du sein. Gaz. des Hôp. Mai. p. 953. Ref. Presse méd. Sept. p. 756.
50. *Murray, Leith., Pyaemia. (Diskussion.) North of England Obst. and Gyn. Soc. Liverpool. Oct. 17. Bericht: The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp. Oct. p. 246.
51. *Otto, Peritonitisbehandlung. Freie Vereinigung mitteldeutscher Gyn. 27. Okt. 1912. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 64.
52. Polak, Intrauterine Behandlung der Infektionen post abortum und post partum. 17. Internat. med. Kongr. London. Sekt. f. Geb. u. Gyn.
53. Rubeska, V., Puerperalfieber und seine Prophylaxe. Revue v therapii etc. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 821. (Die Infektion durch die Hebammen gilt dem Verf. für die Hauptursache der Puerperalfieber.)
54. — Serumtherapie in der Geburtshilfe. Lékarské rozhledy. 1912. p. 130. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 325. (Negative Erfolge mit Streptokokkenserum in vier Fällen von Puerperalfieber.)
55. Scheremezinskaja, Vakzinotherapie bei Streptokokkenerkrankungen. Wratsch. Gaz. Nr. 24. Verhandl. des XII. Pirogowschen Kongr. (In 127 mit Vakzine behandelten Fällen konnte zwar keine demonstrativ schnelle Heilung erzielt werden, wohl aber wird die Sterblichkeit herabgesetzt und die Dauer der Erkrankung verkürzt. Die Vakzinebehandlung ist auch möglich bei generalisierten Prozessen, aber es darf nur mit minimalen Dosen gearbeitet werden zur Verhütung schädlicher Wirkung in der negativen Phase. Als Kontrollreaktionen sind am brauchbarsten die Reaktion der Komplementablenkung und die Bestimmung des Komplementtitres. Vakzinebehandlung schliesst die Serotherapie keineswegs aus und unterstützt die chirurgische Behandlung.) (H. Jentter.)
56. Schklowsky, Experimentelle Versuche zur Frage über intravenöse Behandlung der Bakteriämie mit Sublimat. Russki Wratsch. Nr. 20. (Schklowsky prüfte die Bacellische Behandlungsmethode an Kaninchen nach, wobei er besonderes Gewicht darauf legte, dass die Virulenz der Kulturen bestimmt und dass mit derselben Generation der Streptokokken gearbeitet wurde. Er hat hochvirulente Stämme durch Verimpfung auf Traubenzuckeragar saprophytisiert, so dass die injizierten Versuchskaninchen erst am neunten Tage zugrunde gingen. Den Tieren wurde erst das infektiöse Material intraabdominal injiziert, und darauf Sublimat (0,0007—0,00015) zweimal täglich intravenös appliziert. Schlusssätze: Sublimat, intravenös appliziert, in Dosen, welche den therapeutischen entsprechen, beeinflusst weder die Temperatur, noch den Ausgang der Krankheit. Sublimat in Dosen, welche zweimal die maximale therapeutische Dosis beim Menschen übersteigen, hat ebenfalls keinen Einfluss auf Dauer und Ausgang der Krankheit, verändert aber die Temperaturkurve. Es treten Perioden niedriger Temperatur ein; in einigen Fällen gehen diese Perioden Temperatursteigerungen voraus, welche höher sein können als die Temperaturwerte der Kontrolltiere. Bei hoher Virulenz der Kultur ist der Tod unvermeidlich. Verf. meint, dass die Idee der Hämotherapie der Bakteriämie an sich eine richtige ist, dass aber weder das Sublimat, noch andere Quecksilberpräparate dazu geeignet sind.) (H. Jentter.)
57. *Schweitzer, Zur Prophylaxe puerperaler Infektion. 15. Vers. d. deutsch. Ges. f. Gyn. Halle. 14. Mai.

58. *Ssokolow, J. A., Über den Einfluss des Kollargols auf die Infektion. Odessa. (H. Jentter.)
59. Suggs, L. A., Treatment of a septic uterus. Texas State Journ. of Med. Vol. 8. Nr. 10. p. 270.
60. Süssmann, Frigyes, Meytiltassék-e a belsö vizsgálat a bábákuak? Orvosi Hetilap. Nr. 22. (Süssmann will den Hebammen die innere Untersuchung untersagen, da diese zur Infektion führen kann und auch nicht nötig ist, weil die äussere Untersuchung und die Beobachtung des Geburtsverlaufes zum Erkennen eventueller Unregelmässigkeiten genügen.) (Temesváry.)
61. *Thomas, B. A., The preparation and employment, in a series of cases, of a potent polyvalent antistaphylococcic serum. Journ. of Amer. Med. Assoc. April 5. p. 1070.
62. Traugott, M., Die konservative Behandlung des Streptokokkenabortes und ihre Resultate. Med. Klinik. p. 1067.
63. *— Endresultate der konservativen Behandlung des Streptokokkenabortes. 15. Vers. der deutsch. Ges. f. Gyn. Halle. 14. Mai.
64. Vanverts und Paucot, Behandlung der puerperalen Phlebitis. Echo méd. du Nord. Ref. The Brit. med. Journ. Febr. 8. p. 22.
65. Vogt, E., Die klinischen und anatomischen Grundlagen der Trendelenburgschen Operation bei der puerperalen Lungenembolie.
66. Ward, W., Treatment of puerperal sepsis at Sloane Hospital for women. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. March. LVII. Nr. 423. Ref. Journ. of Amer. med. Assoc. Nr. 15. p. 1185.
67. *Wolf, W., Über die Wirksamkeit von Kollargolklysmen bei septischen Prozessen. Deutsche med. Wochenschr. p. 944.
68. Wynn, W. H., The vaccine treatment of septicaemia. Med. rev. 16. p. 125. (Empfehlung der Vakzinetherapie bei chronischen, lokalisierten, sowie bei akuten allgemeinen Infektionen.)
69. *Zatzkin, Zur Frage über die Bedeutung hämolytischer Streptokokken in der Pathologie des Wochenbettes. Journ. akusch i shensk. bol. März.

Prophylaxe.

Um der Frage näher zu kommen, auf welchem Wege sich die Infektion verbreitet, und ob der Koitus dazu beiträgt, hat Zatzkin (69) das Smegma praeputii bei 30 Männern auf Streptokokken untersucht: er fand 7 mal Streptokokken, davon in 6 Fällen hämolytische. Er kommt zu folgenden Schlüssen: Dem Befunde hämolytischer Streptokokken im Wochenbett ist weder diagnostische noch prognostische Bedeutung beizulegen. Die Anwesenheit derselben im Blute fiebernder Wöchnerinnen trübt die Prognose sehr stark. Die Streptokokkeninfektion tritt meistens vom zweiten bis fünften Tage des Wochenbettes ein, am häufigsten am dritten Tage. Eine wichtige prophylaktische Massregel zur Verhütung der puerperalen Sepsis wäre das Verbot des Koitus in den letzten Monaten der Schwangerschaft. (H. Jentter.)

Wie im Vorjahre bereits Esch und Schröder, so hat jetzt Leidenius (44) in einer sorgfältigen Arbeit den Einfluss verschiedener Desinfektionsverfahren der Kreissenden auf den Keimgehalt des puerperalen Uterus nachgeprüft. Die durch Krönig und besonders Pankow verbreiteten Anschauungen über die Selbstreinigung der Scheide, über die Notwendigkeit selbst der Vulvabakterien zum Schutze gegen die Aussenkeime scheinen Leidenius einer gründlichen bakteriologischen Kontrolle noch zu entbehren. Dass diese Schutzmassregeln in vielen Fällen im Stiche lassen und daher noch unterstützungsfähig wären, ist bekannt. Zweifellos sind nun die zu Beginn des Puerperiums in den Uterus gelangenden Bakterien für die Infektion die wichtigsten. Eine Verminderung dieser müsste daher als Gewinn anzusprechen sein. Wenn auch im allgemeinen der Unterschied in der Bakterienflora zwischen Vagina und Uterus keine praktische Bedeutung hat (Hamm u. a.), so stehen für die hier behandelte Frage die zeitlichen Verhältnisse des Vorrückens der Keime derartig im Vordergrunde, dass Leidenius es vorgezogen hat, unter Verzicht auf die Scheidenflora nur den

Inhalt des Uteruskavums zu untersuchen. Er führte daher am dritten bis fünften Tage nach der Methode von af Heurlin und Björkenheim in Seitenlage das Stillesche Tamponaderohr ein, entfernte auf der Höhe des inneren Muttermundes den Obturator und schob durch das Rohr ein Glasröhrchen bis in den Fundus vor, mittelst dessen er etwas Sekret aspirierte. Zur Kultur werden Nährböden verwandt, die nach den im Pasteurschen Institut gebräuchlichen und von af Heurlin genau beschriebenen Verfahren hergestellt waren.

Auf diese Weise wurden geprüft: auf der einen Seite 50 Fälle, die auf keine Weise irgendwie gereinigt oder desinfiziert waren. Sodann verschiedene Gruppen, die entweder einer Desinfektion nur der äusseren Genitalien oder zugleich auch einer Scheidenspülung unterzogen waren (entweder Wasser oder Wasserstoffsuperoxyd oder $^1/_2{}^0/_0$iges Lysol). Die aus den Untersuchungen gezogenen Schlussfolgerungen sind folgende: Durch Desinfektion der Kreissenden kann man die Anzahl der Bakterien im Genitalkanal bedeutend herabsetzen und ihr Hinaufsteigen zum Uterus während des Puerperiums bedeutend verzögern. Durch die im allgemeinen übliche Art der Vulvadesinfektion wird nur eine geringe Herabsetzung des Bakteriengehaltes im puerperalen Uterus erzeugt. Bedeutend grösser ist der Effekt, wenn die Vulva rasiert und mit Jodtinktur bestrichen wird. Durch Kombination der üblichen Vulvadesinfektion mit einer Scheidenspülung ($^1/_2{}^0/_0$iges Lysol) wird der Bakteriengehalt noch mehr herabgesetzt. Der Einfluss der Desinfektion ist der gleiche auf alle verschiedenen Bakterienarten. Die Dauer der Geburt und die Zeit des Blasensprunges hat keinen Einfluss auf den Keimgehalt des Uterus im Puerperium. — Weniger in die Augen springend ist der Einfluss der Desinfekionsmassnahmen auf den Verlauf des Puerperiums selbst in den untersuchten Fällen. Die für die Praxis gezogenen Konsequenzen der Untersuchung sind folgende: Man unterlasse nie eine gründliche Desinfektion der Vulva; auch die Scheidenspülung scheint stets nur von Vorteil zu sein, sowohl Eigenkeimen gegenüber wie von aussen importierten Bakterien.

Ähnlich ist Schweitzer (57) bestrebt, die Wochenbettsprognose derjenigen Schwangeren zu bessern, die mit einer pathologischen Scheidenflora behaftet auch ohne Untersuchung, ohne jede Gelegenheit zu exogener Infektion zu 30 bis $40^0/_0$ im Wochenbett fiebern im Gegensatze zu den Schwangeren mit ursprünglich normalem Sekret, deren Morbiditätsziffer im Wochenbett nur $7,1^0/_0$ beträgt. Von 1500 Schwangeren, welche die letzte Zeit vor der Entbindung in der Klinik zubrachten, wurden diejenigen, deren Scheidenflora aus Kokken bestand, täglich einmal mit $^1/_2{}^0/_0$iger Milchsäurelösung gespült. Es gelang in den Fällen, die mindestens 10 Tage zur Fortsetzung der Spülungen Gelegenheit boten, die Morbidität auf $7,3^0/_0$ herabzusetzen, also etwa der gleichen, wie sie den Schwangeren mit normalem Sekret entspricht. Diese Spülbehandlung hatte nach 10 Tagen bereits in $89^0/_0$ Streptokokken völlig verdrängt und zum Teil durch das physiologische säurebildende Stäbchen ersetzt.

Allgemeine Therapie.

Knapp (42) hat an 100 Wöchnerinnen, die er über die ersten 6 Wochen des Wochenbettes beobachtete, exakte Untersuchungen angestellt, einmal über die Lage des Uterus, seine Involution und deren Abhängigkeit von der Zeit des Aufstehens. So fand er, dass länger eingehaltene Bettruhe die Involution zu verzögern pflegte und gerade mit dieser Verzögerung auch wiederum zur Retroversio Anlass gab. Die Involution vollzieht sich jedenfalls bei den Frühaufstehenden und besonders den Erstgebärenden gleichmässiger und schneller. Die Zeit des Aufstehens zeigte sich ohne Einfluss auf die Rückbildung der Bauchdecken.

Von den verschiedenen Hilfsmitteln, die Bouchacourt (9) zur Förderung der physiologischen Rückbildung der Genitalien und der Bauchmuskulatur empfiehlt, seien besonders hervorgehoben: Halbsitzende Stellung, zeitweilige

Bauchlage, die besonders günstig den häufigen Meteorismus der Frischentbundenen beeinflusst; Massage des Leibes zur Kräftigung der Muskulatur und Anregung von Appetit und Stoffwechsel.

Auf Betreiben der American Medical Association (30) wurde an viele Professoren des gynäkologischen Lehrfaches der ganzen Welt ein Fragebogen gesandt, der die herrschenden Ansichten in der Puerperalfiebertherapie klarstellen sollte. Es stellte sich heraus, dass in Europa in noch ausgesprochenerem Masse als in Amerika die konservative Therapie der Wochenbetterkrankungen Anhänger findet. Allenthalben ist man zur Einsicht gelangt, dass jeder intrauterine Eingriff im Wochenbett mit grossen Gefahren verknüpft ist. Die Bedeutung der Retentionen für die Entstehung und Unterhaltung des Puerperalfiebers ist zweifellos früher überschätzt worden. Einige Autoren ziehen selbst bei Blutungen in Fällen zweifelsfreier Retention die Tamponade der Ausräumung vor ohne Befürchtung einer Retention der Giftstoffe und einer erhöhten Resorption.

Retentionen.

Döderlein (21) tritt auf dem internationalen Kongress von deutscher Seite allein für das aktive Vorgehen ein bei Fieber post partum und Retention von Eihäuten oder Plazentarresten.

Traugott (63) gibt auf dem Gynäkologenkongress in Halle einen Überblick über sämtliche nach den in der Frankfurter Klinik jetzt üblichen Maximen behandelten Aborte. Er teilt das Material ein in die Aborte, die, da sich nur obligate Saprophyten fanden, sofort ausgeräumt wurden (246 glatt geheilte Fälle ohne entzündliche Lokalisationen, ohne Exitus), und auf der anderen Seite die Aborte mit Streptokokken, verflüssigenden Staphylokokken und Gonokokken, bei denen auf die Einführung der konservativen Therapie hin die Morbidität von 14,1 $^0/_0$ auf 2$^0/_0$ sank, die Mortalität von 18,1 $^0/_0$ auf 2,2$^0/_0$. — Bei Beobachtung dieser gleichen Indikationsstellung gegenüber den fieberfreien Aborten wurde auch hier die Mortalität von 7,5$^0/_0$ auf 0$^0/_0$ herabgesetzt.

Auch in der Statistik Benthins aus der Winterschen Klinik (6) über 200 Fälle fieberhaften Abortes unter Beobachtung eines ähnlichen Regimes behandelt (Bericht 1911: Winter) macht sich ein grosser Vorteil dieser konservativen Therapie geltend, insbesondere zu gunsten der mit hämolytischen Streptokokken infizierten Aborte bemerkbar. Hier ist die Morbidität von 56$^0/_0$ auf 28$^0/_0$ gesunken, die Mortalität von 31,2$^0/_0$ auf 0$^0/_0$.

Operative Therapie der entzündlichen Lokalisationen.

Peritonitis.

Otto (51) präzisiert den Standpunkt der Henkel'schen Klinik gegenüber der puerperalen Peritonitis, der dahin geht, dass möglichst früh die Laparotomie ausgeführt wird und zwar stets mit Exstirpation des Uterus. Dieser schon seit Jahren von Henkel geübten Methode liegt die Anschauung zugrunde, dass die puerperale Peritonitis nur eine Erscheinung einer allgemeinen Infektion sei und insbesondere der so gut wie nie fehlenden primären Lymphangitis des Beckenzellgewebes das meiste Gewicht beigelegt werden muss.

Darnall (16) sah in der Behandlung der diffusen puerperalen Peritonitis von folgender Behandlung teilweise guten Erfolg: Inzisionen, Fowlersche Beckentieflagerung und Murphi-Tropfklistier. Auf der anderen Seite kennt er Fälle puerperaler Peritonitis von schleichendem Verlauf, die von dem operativen Eingriff keinen Vorteil haben könnten.

Broca (13) empfiehlt bei der allgemeinen Peritonitis die Darmschlingen literweise mit Äther zu spülen und ebenfalls Äther in der Leibeshöhle zu belassen. Die Resultate sollen bei der puerperalen wie der postappendizitischen Peritonitis ausgezeichnete sein.

Phlebitis.

Jellet (34) empfiehlt auf Grund fünf eigener Erfahrungen bei puerperaler Thrombophlebitis die infizierten Venen zu exstirpieren. Nur wenn keine Eiterbildung stattgefunden hat und keine ausgesprochene Periphlebitis besteht, kann man bei technischen Schwierigkeiten sich auf die Ligatur der erkrankten Seite beschränken.

Murray (50) fand bei der Sektion zweier Fälle puerperaler Pyämie eine infektiöse Thrombose der linken Renalvene. Eine Verbindung zu den Beckenvenen durch thrombotisches Material fehlte völlig. Murray hält es nicht für unmöglich, dass letzteres zur Einschmelzung kam. An diese Lokalisation ist jedenfalls zu denken, sobald bei operativen Eingriffen die im Becken vermuteten Thromben nicht gefunden werden.

Physikalische Therapie.

Döderlein (21) sowie Jacobs (33) empfehlen bei puerperaler Sepsis ohne Lokalisationen die Verwendung der Röntgenstrahlen. Döderlein empfiehlt, grosse Dosen von harten Strahlen zwei bis drei Tage nacheinander zu applizieren.

Pharmakotherapie.

Bleynie (8) rühmt die Einwirkung einer intravenösen Injektion von 30 cg Salvarsan auf Temperatur, Puls und Allgemeinbefinden bei puerperaler Sepsis.

Wolf (67) glaubt den günstigen Ausgang einer Sepsis, von einem Panaritium ausgehend, auf die wiederholten Klysmen von 50 ccm 6%iger Kollargollösung zurückführen zu müssen.

Klauhammer dagegen (41) ist geneigt, eine gewisse Verschlimmerung nach dem Gebrauch von Kollargol der Anwendung dieses Mittels zuzuschieben (30 ccm einer 2%igen Lösung).

Daels (15) hat sich der dankbaren Aufgabe unterzogen, die Wirkung des Elektrargols durch den Tierversuch nachzuprüfen. Er benutzte zu seinen Versuchen das in den Ampullen bereits isotonisierte Elektrargol Clin (Paris). Zunächst konnte festgestellt werden, dass das Elektrargol für das zum Experiment verwandte Meerschweinchen bis zu 15 ccm intravenös gegeben nicht toxisch wirkt. Die Versuche waren darauf gerichtet, nachzuweisen, inwieweit Elektrargol bei intraperitonealer Injektion imstande ist, das experimentell tödlich infizierte Tier zu retten. Es ergab sich hier das sehr bemerkenswerte Resultat, dass bei Infektion mit einem stärker virulenten Stamm, der in Mengen von 0,1—0,2 ccm intraperitoneal eingespritzt bereits tödlich wirkt, die Wirkung einer voraufgehenden wie auch nachfolgenden intravenösen oder intraperitonealen Injektion von 10 ccm Elektrargol nicht nur völlig erfolglos blieb, sondern eine deutliche Schädigung der Tiere bedeutete im Vergleich mit den nicht geschützten Kontrolltieren. Erst nach einer Abschwächung des Virus bis auf den zehnten Teil der Virulenz tritt ein Umschwung ein. Während die 8 Kontrolltiere innerhalb von 12—24 Stunden alle starben, blieben von den 8 mit Elektrargol behandelten Tieren zwei am Leben, die übrigen fünf starben erst nach über 24 Stunden. Um die Art und Weise der Wirkung des Elektrargols zu ermitteln, wurde sein keimtötender Einfluss auf Kulturen geprüft. Es stellte sich hierbei heraus, dass Typhus, Cholera. Staphylokokken in Bouillon erst in 20%iger Konzentration des Elektrargols abgetötet wurden. Da nun im Blute nicht einmal eine 5%ige Konzentration des Elektrargols herstellbar ist, so kann dessen keimtötende Kraft nicht zur Geltung kommen. — Anders steht es mit der antitoxischen Kraft des Elektrargols. Die für das Meerschweinchen tödliche Dosis von Diphtherietoxin konnte auf das Doppelte gesteigert werden, wenn sie zuvor über $^1/_4$ Stunde der Einwirkung des Elektrargols ausgesetzt war. Im übrigen sind intravaskuläre Injektionen von Elektrargol imstande, die Zahl der weissen Blutkörperchen zu vermehren, zumal

wenn die Injektionen sich in grösseren Abständen wiederholen. — Daels führt zum Schluss 8 klinische Fälle puerperaler Infektion an, in denen er zum Teil durch wiederholte Injektionen genützt zu haben glaubt.

Ssokolow (58) prüfte die Wirkung des Kollargols auf Infekionserreger in vitro, in vivo (Kaninchen) und klinisch. Die Bakterizidität des Kollargols ist eine elektive; praktische Bedeutung kommt ihr nur in bezug auf einige Mikroorganismen bei. Der Erfolg der Behandlung hängt nicht nur von der Behandlung der betreffenden Infektion gegenüber ab, sondern auch von dem Verlaufe der Infektion selbst, insonderheit von der Stärke der Leukozytenemigration zum Infektionsherd. Bei der Behandlung derselben Infektion können die Resultate verschieden sein; deswegen lassen sich die Resultate an Versuchstieren nicht ohne weiteres auf den Menschen übertragen, falls der Verlauf der Infektion ein verschiedener ist. Am meisten kann man bei Bakteriämien auf den nützlichen Einfluss des Kollargols rechnen. Die Resultate der Bakteriziditätsprüfung in vitro stimmen nicht immer mit denen in vivo überein. Bei der Leukozytenfällung sind die einzelnen Arten der Leukozyten zu berücksichtigen. (H. Jentter.)

Ilkewitsch (31) empfiehlt intravenöse Injektionen von Aqua destillata gegen puerperale Infektionen. Ausser einer Besserung des Allgemeinbefindens wurde regelmässig eine Veränderung im Blutbilde festgestellt, und zwar stiegen entweder weisse und rote Blutkörperchen in ihrer Zahl an, oder es sank die Zahl der roten, allein oder zugleich mit den weissen. Beständiges Fallen der Erythrozytenzahl ist von infauster Prognose.

Serotherapie.

Bennecke (5) konnte in fünf Fällen schwerer Scharlachsepsis auf intravenöse Injektion menschlichen Serums hin momentane Besserung beobachten. Während eines Aderlasses, der etwas weniger betrug als die zu injizierende Serummenge, wurde, meist von der Kubitalvene der anderen Seite her das durch Zentrifugieren gewonnene Serum körperwarm injiziert und zwar in den Mengen zwischen 210 (Kind) und 480 ccm. Dass schon während der Injektion die pathologisch gesteigerte Gerinnbarkeit absinkt, die livide Farbe sich in ein natürlicheres Rot umwandelt, der Puls alsbald sich wieder hebt, glaubt Bennecke teils rein mechanischen Einflüssen der Injektion zuschreiben zu müssen, teils einem schnell sich vollziehenden, biochemischen Vorgange. Wenn auch zwei dieser Fälle letal ausgingen, so scheint doch in den übrigen, ebenfalls prognostisch ungünstigen Fällen durch diese vorübergehende Aufbesserung der Abwehrvorrichtungen der Heilungsprozess eingeleitet zu sein.

Funck-Brentano und Roulland (24) glauben einen günstigen Erfolg in zwei Fällen schweren Puerperalfiebers auf die Kombination der Antistreptokokkenseruminjektion mit nachfolgender Injektion von Terpentinöl zurückführen zu dürfen. Beide Mittel waren zuvor bereits für sich, unabhängig voneinander in mehrtägigen Zwischenräumen angewandt worden; doch jedesmal ohne allen Erfolg, die Terpentininjektion ohne einen Abszess hervorzurufen. Wurde aber die Injektion des Terpentinöles (3 ccm) kurz nach der Seruminjektion vorgenommen, so begann in beiden Fällen alsbald die Entwickelung eines grossen Abszesses und von dieser Zeit ab datiert auch die Heilung.

Thomas (61) verwandte mit Erfolg ein Antistaphylokokkenserum. Ausgehend von dem Vorhandensein eines Antistaphylolysins im Blute des mit Staphylokokken Infizierten, stellte er das Antiserum her durch fortgesetzte Impfungen eines Schafbockes anfangs mit abgetöteten, später mit virulenten Kulturen, die von den verschiedensten Staphylokokkenerkrankungen des Menschen gewonnen waren. Behandelt wurden ausser einem Falle von Bakteriämie insbesondere schwerere Furunkulosen.

Jordan (37) behandelt jede Art des Puerperalfiebers durch Vakzine. Da er in 80% aller Puerperalinfektionen einen Streptococcus fand, der sich vom

Streptococcus pyogenes dadurch unterscheidet, dass er Milch zur Gerinnung bringt, so rät er, die Kreissende mit einer Vakzine dieses sogenannten Streptococcus puerperalis präventiv zu behandeln und bei einer trotzdem eintretenden Infektion möglichst bald mit der stets wirksameren autogenen Vakzine zu behandeln.

B. Andere Erkrankungen im Wochenbett.

1. *Auché, B., Le lait des femmes tuberculeuses. Soc. de biol. de Paris. 13 Déc. Ref. La Presse méd. p. 1053.
2. Bamberg, K., Zur Physiologie der Laktation mit besonderer Berücksichtigung der chemischen Zusammensetzung der Frauenmilch milchreicher Frauen und des Einflusses der Menstruation. Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 6. p. 424.
3. Bovis, R. de, La dilatation aigue de l'estomac chez les parturientes et les nouvelles accouchées. Sem. méd. Nr. 33. p. 169. (Überblick vor allem über die verschiedenen Schädigungen, die nach Ansicht des Verf. eine Disposition zu der geburtshilflichen Magendilatation geben können. Neben dem rein mechanischen Moment sollen Narkotika, Intoxikation, Blutverlust, Infektion und die Eklampsie eine gewisse Rolle spielen.)
4. *Bullard, E. A., A case of total occlusion of cervix and partial obliteration of uterine cavity after puerperal sepsis. Resume of the Literatur. Amer. Journ. of Obst. Oct. p. 671.
5. Cathala, V., Kyste de l'ovaire à pédicule tordu pendant les suites de couches.
6. Cohn, Friedr., Zur Ätiologie und Prophylaxe der puerperalen Mastitis. Diss. Berlin. Mai.
7. Fuchs, Warzenkappe. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. 1. Febr. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 37. p. 524.
8. Gavin, W., On the effects of administration of extracts of pituitary body and corpus luteum ti milch cows. Quart. Journ. of exp. Physiol. Vol. 6. Nr. 1. p. 13.
9. Jensen, Jörgen, Mastitis puerperalis. (Disk.) Ges. f. Gyn. u. Obst. 12. März. Ref. Ugeskrift for Laeger. Kopenhagen. p. 2029—2030. (O. Horn.)
10. Hauch, Om Behandling af Mastitis puerperalis. (Über Behandlung von Mastitis puerperalis.) Ges. f. Gyn. u. Obst. 12. März. Ref. Ugeskrift for Laeger. Kopenhagen. p. 2028—2029. (O. Horn.)
11. Kaupe, W., Schwierigkeiten beim Stillen. Zeitschr. f. Säuglingsschutz. 5. Nr. 5. p. 186.
12. *Kunz, H., Herpes zoster im Wochenbett. Zentralbl. f. Gyn. p. 121.
13. *Loofs, Fr. A., Beitrag zur Ätiologie der Spätblutungen im Wochenbett. Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. 18. p. 225.
14. Meyer, Leopold, Mastitis puerperalis. (Disk.) Ges. f. Gyn. u. Obst. 12. März. Ref. Ugeskrift for Laeger. Kopenhagen. p. 2030. (O. Horn.)
15. Oertel, Christian, Hämatogene Puerperalsepsis. Diss. Würzburg. Febr.
16. *Opitz, Kann die Milch der eigenen Mutter dem Säugling schädlich sein? 15. Vers. der deutsch. Ges. f. Gyn. Halle. 14. Mai.
17. *Pelz, A., Über einen im Wochenbett unter dem Bilde eines Hirntumors mit Ausgang in Heilung aufgetretenen Krankheitszustand. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 30. p. 1400.
18. Petermöller, F., Hoher Puls, ein Hinweis auf die bestehende Gefahr der Embolie. Ein Fall von Embolia arteriae centralis retinae. Der Frauenarzt. Febr. p. 50.
19. *Reder, Fr., The complet absence of milk in the primipara. Amer. Journ. of Obst. p. 66. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. p. 249.
20. Rumpel, Pyurie mit Schüttelfrost nach normalem Abort. Berl. urol. Ges. Bericht: Berl. klin Wochenschr. 50. p. 370. (Heilung durch Exstirpation der Niere.)
21. Schäfer, E. A., On the effect of pituitary and corpus luteum extracts on the mammary gland in the human subject. Quart. Journ. of exp. Physiol. Vol. 6. Nr. 1. p. 17. (Geringer Erfolg.)
22. Scherer, Sándos, Epehólynyleántalom ritkább formái a gyermekágyban. Orvosi Hetilap. Nr. 30. (Bericht über zwei Fälle von Gallenblasenentzündung im Wochenbette.) (Temesváry.)

23. *Staude, C., Über Peroneuslähmung post partum. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. p. 611. Ref. Zentralbl. f. d. ges. Gyn. u. Geb. Bd. 2. p. 184.
24. Troschke, Mitteilungen über Gynesan, Frauen-Nährsalz. Allgem. med. Zentral-Zeitg. 16. p. 189. (Das Präparat enthält alle diejenigen Mineralsalze in einem Teelöffel konzentriert, die die stillende Mutter in einem Liter Brustmilch abgibt.)
25. Variot, G., Micromastie avec lactation abondante chez une nourrice. Gaz. de gyn. 28. p. 65.
26. *Vogt, E., Über ein unter der Geburt entstandenes Bauchdeckenhämatom. Zentralbl. f. Gyn. p. 493.

Loofs (13) glaubt den anatomischen Befund einer Höhle in der hinteren Cervixwand nach rezidivierender Spätblutung im Wochenbett als ein Aneurysma spurium eines Astes erster Ordnung der Arteria uterina deuten zu müssen. — Eine 27jährige III para war mittelst Wendung entbunden. Vom 14. Wochenbettstage ab foudroyante Blutungen, die sich im Verlauf von 3 Monaten im ganzen 6 mal wiederholten. Dann erlag die Patientin, nachdem zuvor noch der Uterus vaginal exstirpiert worden war. Das Gebiet der Höhle wurde in Serien geschnitten. Der arterielle Ast öffnet sich bereits in der Wand und ist bis zu seinem Eintritt in das Lumen der Höhle zunächst noch durch ältere Gerinnsel zu einem Rohre ergänzt. Loofs stellt sich nun den Vorgang nicht so vor, dass das bei der Dehnung der Cervix geborstene Gefäss durch einen durchgehenden Riss mit dem Uteruslumen kommuniziert habe, sondern die Enge der Verbindung zwischen Höhle und Uterus lässt sie vermuten, dass ein anfängliches Wandhämatom sekundär zum Uteruskavum durchgebrochen sei.

Vogt (26) stellt 14 Fälle von tödlicher Lungenembolie zusammen, die an dem Material der Dresdener Klinik innerhalb von 15 Jahren zur Beobachtung gelangten und prüft an der Hand derselben die Aussichten der Trendelenburgschen Operation. Der Erfolg derselben ist an gewisse Voraussetzungen gebunden. Einmal muss es möglich sein, eine exakte Diagnose mit Sicherheit zu stellen, sodann ist von Wichtigkeit der Sitz des Embolus, der zeitliche Ablauf der klinischen Erscheinungen und der Zustand der Patientin, insofern als von ihnen die Möglichkeit der Operation überhaupt abhängt. — Für eine sichere Diagnosestellung ist auch die Frage der Prodromalerscheinungen nicht ganz unwesentlich; da nun die Embolie so gut wie ausschliesslich von einer Thrombose entweder der Iliaka und ihren Verzweigungen (Femoralis, Saphena, Hypogastrika, Uterina) oder der Spermatika ausgeht, so kommen für die Embolie auch die gleichen klinischen Prodromalerscheinungen in Betracht, wie für diese. Von ihnen nun misst Vogt lediglich dem Mahlerschen Zeichen einige Bedeutung bei (gesteigerte Pulsfrequenz), während er irgendwelchen Wert des Michaelisschen Symptoms nicht anerkennt. Die klinischen Erscheinungen der Embolie sind folgende: Die Verstopfung des Stammes oder der Hauptäste der Pulmonalis hat mehr oder weniger schnell den Tod im Gefolge. Die Obturation mittelgrosser Äste der Lungenarterie führt zu lebensbedrohlichen Erscheinungen, deren Ausgang im wesentlichen von der Güte der Herzkraft abhängt. Technisch ist die Ausführung der Operation nur in den Fällen möglich, wenn der Thrombus im Stamm oder einem der Hauptäste gelegen ist. In 66 % der Fälle wäre unter Voraussetzung der genannten Bedingungen der operative Eingriff möglich gewesen. Abhängig aber ist die Durchführbarkeit der Operation noch von einem anderen Faktor: von dem Zeitraume nämlich zwischen dem Auftreten der ersten Emboliesymptome bis zum Eintritt des Exitus. Sollen 15 Minuten als Minimum für Vorbereitungen und Operation gerechnet werden, so hätten von den in Rücksicht auf den Sitz operablen Fällen 64 % genügend Zeit für den Eingriff geboten. In dieser Beziehung stellt sich die puerperale Embolie günstiger als die postoperative. In der Mehrzahl der Fälle von puerperaler Embolie hatte es sich um operativ beendigte Geburten gehandelt.

Bullard (4) beobachtete einen völligen Verschluss der Cervix und eines Teiles des Uteruskavums nach Puerperalfieber. Bei einer 26jährigen IV-Gebärenden wurde in der Klinik die Geburt mittelst der Zange beendet, ebenso wie bereits die drei ersten Geburten. Es schloss sich eine Sepsis puerperalis mit Neuritis beider Beine an. Einige intrauterine Spülungen während der ersten Tage bildeten die einzige lokale Behandlung. Nach 4 Monaten konnte P. geheilt entlassen werden. Jahre später kam die Patientin wieder mit der Angabe, dass die Periode nicht wiedergekehrt sei; abgesehen von einem alle 4 Wochen wiederkehrenden Gefühl der Fülle im Becken, leichtem Schwindel, Kopfschmerz und Reizbarkeit habe sie nichts zu klagen. Nach Durchschneidung der durch Narbengewebe völlig verschlossenen Cervix gelangt man in ein kleines Uteruskavum, das dem linken Horn entspricht, kein Blut, sondern nur Schleim enthält. Diese Höhle wird mittelst eines Hartgummirohres zum linken Scheidengewölbe hin drainiert, während die derbe Cervix wieder geschlossen wird. Bei einer hieran angeschlossenen Laparotomie erweisen sich nur die lateralen $^2/_3$ der Tuben für die Sonde durchgängig. Da die Patientin sich nach der Entfernung des Drains der weiteren Behandlung entzog, so fand sich bereits nach einem Monate der neu geschaffene Kanal wieder verschlossen und der Zustand blieb der gleiche wie zuvor. — Eine Zusammenstellung Stengers aus dem Jahre 1904 über etwa 50 Fälle von Atresie der Cervix oder des Uterus vervollständigte Bullard um weitere 50 Fälle. Ätiologisch lag in diesen Fällen zugrunde: Puerperalfieber, therapeutische Anwendung heissen Dampfes oder starker Kaustika, geburtshilfliche Verletzungen.

Voigt (26) sah einige Stunden nach normalem Partus dicht über der Symphyse beiderseits entsprechend dem unteren Ansatze des Rektus eine Geschwulst sich ausbilden, die auch in den ersten Wochenbettstagen sich vergrösserte. Mit Wahrscheinlichkeit handelte es sich jederseits um ein Hämatom, für dessen Entstehung jedoch eine Ursache nicht auffindbar ist.

Auché (1) konnte im Gegensatz zu vielen anderen Auteron in der Milch sechs stillender, tuberkulöser Mütter mit gesunder, nicht tuberkulöser Brust im Impfversuch nicht einmal die Entwickelung eines tuberkulösen Herdes nachweisen (Meerschweinchen).

Reder (19) kann sich das rätselhafte Ausbleiben der Milchsekretion bei drei gesunden Erstgebärenden nur durch psychische Einflüsse, und zwar am wahrscheinlichsten noch die Shockwirkung der schweren Geburt erklären. Die am häufigsten namhaft gemachten Ursachen, wie vorgerücktes Alter, Fettsucht, Habitus virilis treffen in seinen Fällen nicht zu.

Opitz (16) teilt einen merkwürdigen Fall von Infektion der Kinder durch die mütterliche Milch mit. Die Milch enthielt massenhaft Streptokokken mit ausgesprochener Phagozytose. Alle sechs Kinder gingen frühzeitig an Infektionen des Darmes oder der Bronchialwege zugrunde. Bei dem letzten Kinde wurde auf den Erreger gefahndet und ebenfalls ein Streptococcus mit lebhafter Phagozytose gefunden.

Morestin (A. II, 49) empfiehlt bei der puerperalen Mastitis den Eiterherd von einer Inzision im Bereich der doch meist sehr vergrösserten Areola aus anzugehen. Der Schnitt bietet den grossen Vorteil, dass bei der späteren Rückbildung des Warzenhofes die Narbe verschwindend klein wird.

David (A. II, 17) ist ebenfalls bestrebt, grössere Insizionen in das infiziert Mammagewebe zu umgehen. Hinsichtlich der Behandlung unterscheidet er zwei Gruppen; zu der einen zählen die Fälle, in denen es nicht zu einem zentralen Einschmelzungsherd kommt, sondern das Mammagewebe in grosser Ausdehnung von Eitergängen durchzogen ist; hier glaubt auch David nicht, ohne breite Inzisionen auskommen zu können. Die von ihm ausgebildete Methode erstreckt sich vielmehr lediglich auf die andere Gruppe der Mastitiden, in denen es zu einer umschriebenen Abszessbildung gekommen ist. Hier geht er folgendermassen

vor. Ein silberner Troikart, mit Hahn versehen, wird an den abhängigsten Partien des Abszesses eingestochen. Der Eiter teils durch Druck, teils durch Aspiration mittelst Spritze entleert und die Höhle durch den Troikart mit Kollargol oder einem anderen Desinfiziens gefüllt. Das Instrument kann liegen bleiben und die Entleerung unter Öffnen des Hahnes zwei- bis dreimal am Tage wiederholt werden. Der Vorzug der Methode liegt lediglich auf kosmetischem Gebiete. Es wird nicht verhohlen, dass vereinzelt späterhin noch zu grösseren Inzisionen die Zuflucht genommen wurde.

Kunz (12) teilt einen Fall von typischem Herpes zoster thoracalis mit, der am vierten Wochenbettstage auftrat. Zwei Tage später Temperaturerhöhung auf 39,3°. Kunz ist geneigt, als Ursache eine toxische anzunehmen; weniger für eine medikamentöse — ausser 2 ccm Pituitrin war ein Arzneimittel nicht zur Anwendung gekommen —, doch auch nicht für eine infektiös-toxische, denn die Temperaturerhöhung folgte dem Exanthemausbruch zwei Tage nach. Die Koinzidenz des anderen in der Literatur beschriebenen Falles von puerperalem Herpes zoster (Neu) mit einer Eklampsie legen den Gedanken nahe, dass es sich in beiden Erkrankungen um die Äusserungen derselben Intoxikation handelt.

Staude (23) beschäftigt sich eingehender mit den intra partum entstehenden Lähmungen im Bereich der Unterextremitäten. Er selbst hatte Gelegenheit, zwei Fälle von Peroneuslähmung zu beobachten. Im ersten Falle handelte es sich um eine Erstgebärende, bei der der Kopf eines recht grossen Kindes besonders lange auf dem Beckenboden gestanden hatte und mit der Zange entwickelt wurde. Schon wenige Stunden nach der Geburt beginnen heftige Schmerzen im rechten Beine, später auch im linken, wenn auch geringer. Jetzt nach einjähriger Behandlung besteht eine nicht unbeträchtliche Lähmung im linken Peroneusgebiet, die den Gang stark behindert. Wie in vier ähnlichen Fällen der Literatur, so hatte auch hier der lange Stand des Kopfes im Becken zu einer Blasenscheidenfistel geführt. — Der zweite Fall betrifft eine Steisslage bei einer VIII-Gebärenden. Schon während der Austreibungsperiode waren Schmerzen an der Aussenseite der Oberschenkel und Füsse geäussert worden. Es wurde in diesem Falle mit Mühe ein Fuss herabgeholt. Auch hier kurze Zeit nach der Entbindung Schmerzen in der Aussenseite der Schenkel. Es bildete sich links eine totale Lähmung (motorische wie sensible) des Peroneus aus, rechts eine partielle motorische, die beide im Laufe eines halben Jahres abheilten. — Die meisten der in der Literatur beschriebenen Lähmungen sind nach Zangengeburten zu verzeichnen, seltener nach Spontangeburten; nur einige nach Steisslagen. Eine wichtige Rolle spielt ätiologisch das allgemein verengte Becken. Die Prognose der puerperalen traumatischen Peroneuslähmung ist keineswegs immer eine günstige.

Pelz (17) beschreibt einen merkwürdigen Symptomenkomplex, den er im Wochenbett zu beobachten Gelegenheit hatte und klinisch als eine Meningitis serosa anspricht. Es handelt sich um eine zweitgebärende, die schon im ersten Wochenbett an besonders heftigen, aller Therapie unzugänglichen Kopfschmerzen gelitten hatte. Wie nach der vorigen Entbindung, so begannen auch diesmal 2 Wochen post partum Kopfschmerzen, die anfallsweise auftraten, von Schwindelgefühl und Erbrechen begleitet waren. Es gesellten sich allmählich hinzu: Pulsverlangsamung, Vermehrung des Liquordruckes, zunehmende Stauungspapille, Protrusio ulbi, psychische Störungen und im weiteren Verlauf ein einmaliger allgemeiner Krampfanfall mit Bewusstseinsverlust und nachfolgender Agraphie und Agrapsie von besonderem Charakter. 4—6 Wochen später völlige Heilung. — Tumor und Encephalitis werden ausgeschlossen. Zwei ähnliche Fälle aus der Literatur (Oppenheim, Nolen) werden angeführt. Ätiologisch wird die Meningitis serosa als Schwangerschaftsintoxikation erklärt.

VIII.

Geburtshilfliche Operationen.

Referenten: Privatdozent Dr. F. Hitschmann und Privatdozent Dr. L. Adler, Wien.

I. Instrumente.

1. Adair, F. L., Nabelschnurklemme. Surg., Gyn. and Obst. XVI. 1.
2. Floël, Die gerade Geburtszange. Ref. Zentralbl. Heft 2.
3. Frommer, Rasche mechanische Erweiterung der Portio während der Geburt. Naturforschertag. Ref. Zentralbl. Nr. 41. (Modifikation seines alten Instruments.)
4. Good, F. L., Geburtshilflicher Gummidilatationsballon. Surg., Gyn. and Obst. XVI. 3.
5. Henne, H., Zur Reposition der vorgefallenen Nabelschnur. Zentralbl. Nr. 51. (Henne empfiehlt Zurückschieben auf einem zusammengekrüllten Tuche.)
6. Lott, St. S., Rapid dilatation and Accouchement forcé. Amer. Journ. of Obst. May. Ref. Zentralbl. Nr. 36. (Empfehlung eines dem Bossischen ähnlichen Dilatationsinstrumentes.)
7. Naumann, L., Zu R. Roosens Mitteilung: Eine Vorrichtung zur aseptischen Einführung der Hand in den Uterus. Zentralbl. Nr. 35.
8. Roosen, R., Eine Vorrichtung zur aseptischen Einführung der Hand in den Uterus. Zentralbl. Nr. 31.
9. Saniter, R., Geburtshilfliches Besteck. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 26.
10. Strumpel, A., Zur Extraktion mit Küstners Steisshaken. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 73.

II. Zange, Wendung, Beckenendlagen, Kraniotomie und Embryotomie.

1. Ahlström, E., Ein Fall von ungewöhnlicher Läsion des Kindskopfes bei Zangengeburt. Ref. Gyn. Rundschau. 7.
2. Beau, Procédé d'embryotomie assez peu connu. Gyn. Helvet. XII. p. 331.
3. Bodle, H., Die Kraniotomie an der Bonner Frauenklinik. Inaug.-Diss. Bonn 1912. Ref. Monatsschr. Bd. 37. Heft 1.
4. Burgkhardt, F., Die Beurteilung der hohen Zange in der Literatur etc. Inaug.-Diss. Leipzig 1911. Ref. Monatsschr. Bd. 37. Heft 1.
5. Cykowski, Die hohe geburtshilfliche Zange. Vortrag mit Diskussion. Przeglad chir. i gin. Bd. 9. Heft 1. p. 3 ff. (v. Neugebauer.)
6. Fleischmann, C., Bemerkungen zu Neuwirth „Über den Forceps intrauterinus". Zentralbl. 49. (Polemik und Ablehnung des Neuwirthschen Vorschlags.)
7. Fleurent, H., Über Zangenanwendung in der Privatpraxis. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 74.
8. Geselschap, De Tang by Stuitligging. Ned. Tijdschr. voor Geneesk. 1911. (Zwei mit Kopfzange beendete Steisslagen und Bemerkungen über Behandlung der Beckenendlagen.)
9. Harrar, J. A., When is the high forceps operation justifiable. The Amer. Journ. of Obst. Febr.
10. Herzfeld, K. A., Über den Forceps intrauterinus Neuwirths. Zentralbl. Nr. 49. (Berichtigung und Polemik gegen Neuwirth.)
11. Hofmeier, M., Zur Berichtigung. Zentralbl. Nr. 49. (In Berichtigung Neuwirths wiederholt Hofmeier, dass er dem Forceps intrauterinus absolut ablehnend gegenübersteht.)

12. King, Postural version by thigh pressure in transverse presentations. Intern. Kongr. London. Ref. Monatsschr. 38. Heft 4. (King empfiehlt ein bei wilden Völkern angewendetes Verfahren. Auf der Seite des kindlichen Steisses wird der Oberschenkel der Mutter im Hüftgelenk gebeugt und gegen das Abdomen gedrückt. Dadurch wird der Steiss in die Höhe geschoben und eine Längslage hergestellt.)
13. Likstanow, Zur Kasuistik asymmetrischer Doppelmissbildungen. Pygopagus parasiticus. Charkowsky med. Journ. 1912. Nov. (H. Jentter.)
14. Neuwirth, K., Über den Forceps intrauterinus, die Anwendung der geburtshilflichen Zange innerhalb der Gebärmutter bei nicht verstrichenem Muttermunde. Zentralbl. Nr. 37.
15. — Über die Technik des hohen Forzeps bei nicht verstrichenem Muttermund ohne Hysterostomatomie. Naturforschertag. Ref. Zentralbl. Nr. 41. (Dasselbe wie oben. In der Diskussion protestieren Herzfeld, Fleischmann, Hofmeier, Sellheim gegen diese Ausführungen.)
16. — Nachschrift zu vorigem Artikel. Zentralbl. Nr. 45. (Polemik.)
17. Obst, H., Die poliklinischen Geburten in Beckenendlage vom 1. April 1904 bis 31. März 1911 etc. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 21.
18. Palmow, Über die Tarniersche Zange nach dem Material des kaiserlichen klinischen Entbindungsinstituts. Journ. akusch. i shensk. bolesn. Jan. Sitzungsber. der geb. gyn. Ges. zu St. Petersburg. (Im Laufe von fünf Jahren wurde im Institut 150 mal die hohe Zange angelegt, 50 mal die Tarniersche und 100 mal die Simpsonsche. Palmow kommt zu folgenden Schlüssen: Hinsichtlich der Möglichkeit, den hochstehenden Kopf zu extrahieren, steht die Tarniersche Zange tiefer als die Simpsonsche, weil nach ihr die Perforation häufiger ist. Die Resultate für die Kinder sind bei der Tarnierschen Zange schlechter (mehr Totgeborene, ernstere Verletzungen des Schädels). Die Resultate für die Mütter sind nach der Tarnierschen Zange nicht besser als nach der Simpsonschen.) (H. Jentter.)
18. Rohner, E., Die Extraktion aus Steisslage. Inaug.-Diss. Basel 1912. Ref. Monatsschrift. Bd. 37. Heft 1.
20. Skeel, A. J., Entbindung bei Steisslage mit besonderer Berücksichtigung der Technik. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. April. May. Ref. Zentralbl. Nr. 36. (Empfiehlt äussere Wendung.)

III. Abortus und Frühgeburt.

1. Aubert, L., Die Behandlung des septischen Abortus. Schweiz. Rundschau f. Med. Nr. 15.
2. Bayer, Heinrich, Über Blasensprung und Blasenstich und über die Strikturen der Cervix. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 74.
3. Benthin, W., Zur Behandlung des fieberhaften Abortes. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 73.
4. Dufour, G., Partus praematurus provocatus. Thèse. Paris 1912. Ref. Zentralbl. Nr. 15.
5. Fehling, H., Über Geburtenrückgang und seine Beziehung zum künstlichen Abort und zur Sterilisierung. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 74.
6. Hammerschlag, Über Abortbehandlung. Berl. klin. Wochenschr. 29.
7. Kouwer, Künstliche Frühgeburt. beestkundel Treu, Leiden 1912. Ref. Zentralbl. Nr. 15.
8. Kunowski, E., Beitrag zur Behandlung des septischen Abortes auf Grund von 240 Fällen. Inaug.-Diss. Berlin. Ref. Monatsschr. 38. Heft 1.
9. Le Lorier, Dystocie par excés de volume du fetus. Accouchement prématuré provoqué. Etude de 2 observations. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. de Paris. II. H. 1.
10. Orthmann, E. G., Zur Entstehung und Verhütung der Uterus- und Scheidenperforationen bei Abortausräumungen. Frauenarzt. XXVIII. Heft 4.
11. Polak-Brooklyn, The management of the interior of the uterus in post-abortal and post-partum infection. Intern. Kongr. London. Ref. Monatsschr. 38. Heft 4.
12. Ponfick, W., Die Erfolge der künstlichen Frühgeburt bei engem Becken mittleren Grades. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 73.

13. Sellheim, H., Schwangerschaftsunterbrechung und Sterilisation in einer Sitzung auf abdominalem Wege. Monatsschr. Bd. 38. Heft 2.
14. Traud, M., Die Resultate der künstlichen Frühgeburt bei engem Becken. Inaug.-Diss. Kiel 1912. Ref. Monatsschr. Heft 1. Bd. 37.
15. Vogelsberger, Über die künstliche Einleitung der vorzeitigen und rechtzeitigen Geburt durch Galvanisation in Verbindung mit Pituitrin. Arch. f. Gyn. Bd. 99.
16. Waeber, A., Bericht über 593 Aborte mit spezieller Berücksichtigung der Therapie des fieberhaften Abortus. Petersb. med. Zeitschr. Nr. 14.

IV. Erweiterung der weichen Geburtswege. Dilatation, Metreuryse, Sectio caesarea vaginalis.

1. Christiani, A., Hystereuryse bei Myom unter der Geburt. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 73.
2. Esch, P., Über die Kolpohysterotomie. Volkmanns Samml. 673. Gyn. 248.
3. Gruber, S., Spätere Geburten nach vaginalem Kaiserschnitt. Inaug.-Diss. München. Ref. Zentralbl. Nr. 50.
4. Hafenbraedl, F. v., Sectio caesarea vaginalis als Methode der künstlichen Fehl- und Frühgeburt. Inaug.-Diss. München 1912. Ref. Monatsschr. 38. Heft 1.
5. Lamers, A. J. M., Die Bedeutung der Hysterotomia vaginalis anterior in der Geburtshilfe und Gynäkologie. Prakt. Ergebn. d. Geb. u. Gyn. V. 1. (Statistik von 200 Fällen, Indikationen, Technik. In der Geburtshilfe kann die Operation ohne Narkose und ohne Lokalanästhesie ausgeführt werden, auch im Privathause!)
6. Lott, H. S., Rapid dilatation and accouchement forcé. Amer. Journ. of Obst. May. (Beschreibung eines Dilatationsinstruments.)
7. Schröder, H., Placenta praevia und vaginaler Kaiserschnitt. Inaug.-Diss. München, Ref. Monatsschr. Bd. 38. Heft 1.
8. Selitzky, S. A., Sectio caesarea vaginalis bei Eklampsie. Inaug.-Diss. Moskau 1912. Ref. Monatsschr. Bd. 37. Heft 1.
9. Venator, L., Der vaginale Kaiserschnitt. Inaug.-Diss. München 1912. Ref. Zentralbl. Nr. 50.

V. Sectio caesarea.

1. Audebert, Die Uterusnarbe nach Kaiserschnitt. Ann. de gyn. et d'obst. Mai. (Die Narbe nach Kaiserschnitt ist entgegen der Ansicht Couvelaires nicht immer eine bindegewebige, sondern oft aus neugebildeten Muskeln bestehend.)
2. Baldowsky, Ein Fall von Kaiserschnitt mit Sterilisation bei allgemein verengtem Becken nach gewesener Laparotomie. Prakt. Wratsch. 1912. Nr. 47. (H. Jentter.)
3. Baldwin, F., Sectio caesarea und Hysterektomie bei positiver Infektion. New-York med. Journ. 48. Nr. 8.
4. Barton, Cook H., Die Vorteile der suprasymphysären extraperitonealen Sectio caesarea in reinen und unreinen Fällen. Amer. Journ. of Obst. and Dis. etc. March.
5. Bertino, Klinischer Beitrag und Betrachtungen über den extraperitonealen Kaiserschnitt. Rassegna d' ostetr. etc. Nr. 1.
6. Bondy, O., Bakteriologische Untersuchungen beim extraperitonealen Kaiserschnitt. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 73.
7. Capaldi, Zwei weitere Fälle von extraperitonealem Kaiserschnitt, davon einer wiederholt. Arch. di ostetr. e gin. III. Ref. Zentralbl. 36. (Der wiederholte Kaiserschnitt bot grosse Schwierigkeiten durch feste Adhäsionen und gelang nicht extraperitoneal.)
8. Davis, E. P., Der klassische Kaiserschnitt. Amer. Journ. of Obst. and Dis. etc. March. Ref. Zentralbl. Nr. 46.
9. — Der gegenwärtige Stand der Kaiserschnittstechnik. Amer. Journ. of Obst. July. Ref. Zentralbl. Nr. 46. (Ein sicher extraperitoneales Vorgehen misslingt oft in wichtigen Fällen. In infizierten Fällen ist nur Porro möglich. 103 reine Fälle mit 0,97% Mortalität. 30 infizierte Fälle mit $33^1/_3$% Mortalität, alle geheilten infizierten Fälle waren Porrooperationen.)

10. Delle Chiaje, M. S., Apropos d'un accouchement césarien. Est-il utile, d'inciser en deux temps la paroi utéro-ovulaire. Bull. de la soc. d'obst. et de gyn. Paris. II. 1.
11. Dethlefsen, Extraperitoneall abdominall kejsersnit. (Extraperitonealer abdominaler Kaiserschnitt.) (Ein Fall.) Hospitalstidende. Kopenhagen. p. 1491—1494. (O. Horn.)
12. Drawert, Ein Fall von Kaiserschnitt. Wratsch. Gaz. Nr. 29. (Klassischer Kaiserschnitt wegen Cervixfibrom in einem infizierten Falle mit günstigem Ausgange für Mutter und Kind.) (H. Jentter.)
13. Endelmann, Ruptur der Kaiserschnittsnarbe bei einer neuen Schwangerschaft. Gyn. Sitzg. der Warschauer Ärztl. Ges. am 30. Mai. Bd. 9. Heft 3. p. 350—352. (Polnisch.) (39jährige Primigravida kam zu Endelmann wegen Lungenkomplikationen der Schwangerschaft mit Hämoptoe. Im 16. Jahre Typhus. Der Finger suchte vergeblich nach einer Vaginalportion des Uterus, konnte selbst ein Orifizium nicht tasten, es wurde erst gefunden nach Spekulareinstellung, als feine Öffnung inmitten von Narbensträngen — nach Ulzerationen während des Typhus. Endelmann empfahl den Kaiserschnitt, eventuell mit Amputatio uteri angesichts der vorauszusehenden Erschwerung des Lochialabflusses, falls die Stenose des Muttermundes nicht infolge der Wehen sich erweitern sollte. Nach der Konsultation gab die Frau an, ein wenig spazieren gehen zu wollen, kam aber nicht wieder in die Klinik und liess ihre Sachen abholen. Als später Wehen eintraten, ging sie zu einem anderen Arzte, der versuchte die Geburt auf natürlichem Wege zu leiten. Am nächsten Morgen ging das Fruchtwasser ab; nach vergeblichem Zuwarten von 48 Stunden machte nun dieser Arzt den Kaiserschnitt in der Längsrichtung mit zweischichtiger Catgutnaht. Das asphyktische Kind starb nach drei Stunden. Fieberhaftes Wochenbett wegen erschwerten Lochialabflusses. Fünf Tage lang täglich Erweiterung des Muttermundes mit Dilatatoren, um den Lochialabfluss zu ermöglichen. Heilung der Bauchschnittwunde per secundam. Die Frau wurde entlassen, fieberte aber noch vier Monate lang, vielleicht infolge der Lungenphthise. Nach fünf Jahren neue Schwangerschaft. Jetzt machte Endelmann den Kaiserschnitt mit Uterusamputation mit glücklichem Ausgange. Das Interessante der Beobachtung lag darin: Omentum verwachsen mit Bauchwand und Uterus, in der Operationsnarbe zwei Hernien. Nach Ablösung des Netzes von Bauchwand und Uterus fand sich an der vorderen Uterinwand ein Loch von 3 cm Durchmesser, in dem man die Eihautblase strotzen sah. In der Bauchhöhle in nicht grosser Menge flüssiges und geronnenes Blut. Endelmann erweiterte dieses Loch durch Schnitt, extrahierte die Frucht und Plazenta und amputierte den Uterus. Fieberlose Genesung. Gut, dass die Operation gemacht wurde, bevor die Wehenarbeit begann, sonst hätte die spontane Uterusperforation weiter einreissen können. Der Fall beweist, wie bei auch nur schwachen Wehen eine Kaiserschnittsnarbe nachgeben kann, besonders da, wo die Heilung per secundam erfolgt war.) (v. Neugebauer.)
14. — Vorstellung einer Frau nach zervikalem Kaiserschnitt nach Henkel. Przeglad chir. i gin. Bd. 8. Heft 2. p. 322. (Polnisch.) (v. Neugebauer.)
15. Enea, Extraperitonealer Kaiserschnitt. Arch. di ostetr. e gin. Bd. 3.
16. Everke, Uterus mit geplatzter alter Kaiserschnittsnarbe (querer Fundalschnitt). Ref. Monatsschr. Bd. 37. Heft 2.
17. Fehland, H., Extraperitonealer Kaiserschnitt. Inaug.-Diss. Freiburg 1912. Ref. Monatsschr. Bd. 38. Heft 1.
18. Felldim, F., Über die Prinzipien der modernen Technik des abdominalen Kaiserschnittes. Inaug.-Diss. Greifswald.
19. Fischer, H., Die heute üblichen Methoden des Kaiserschnittes. Prager med. Wochenschr. Nr. 15.
20. Gröné, O., Ein Fall von Kaiserschnitt bei koxalgischem Becken. Ref. Gyn. Rundschau. Nr. 8.
21. *Gubarew, Der moderne Kaiserschnitt und seine Indikationen. Journ. akusch. i shensk. bolesn. Okt. (H. Jentter.)
22. Gutzmann, F., Über Kaiserschnitt bei Geburtsstörungen nach antefixierenden Operationen am Uterus. Frauenarzt. Heft 8. (Auf Grund von vier Fällen glaubt Verf., dass manchmal der klassische Kaiserschnitt erforderlich ist.)
23. Hartmann, K., Die Uterusnarbe nach suprasymphysärem extraperitonealem Kaiserschnitt. Gyn. Rundschau. Nr. 10.
24. Hallmann, Zum Kaiserschnitt an der Toten. Wratsch. Gaz. Nr. 12. Sitzungsber. der geb.-gyn. Ges. zu Moskau. (Der Prozentsatz lebender Kinder ist in der letzten

Zeit von 5 auf 63 gestiegen. Deswegen ist die Operation nicht nur berechtigt, sondern notwendig. Von 68 Fällen des Verf. haben die Verwandten nur in zwei um den Kaiserschnitt gebeten. Im Hospital braucht der Arzt die Genehmigung der Angehörigen nicht erst einzuholen. Die Operation soll mit Wahrung aller Kautelen ausgeführt werden, da Fälle bekannt sind, wo die Kranken noch mehrere Tage lebten. Es ist notwendig, dass vom Gesetz dem Arzt mehr Freiheit in dieser Frage eingeräumt wird.) (H. Jentter.)

25. Hauch, Et Tilfaelde af Sectio caesarea post mortem. (Fall von Sectio caesarea post mortem.) Ges. f. Gyn. u. Obst. 6. Nov. 1912. Ref. Ugeskrift for Laeger. Kopenhagen. p. 2017. (Patientin mit Phlebitis, Embolia art. pulm.; lebendes Kind.) (O. Horn.)

26. Hilkowich, A. M., Cesarean Section. Report of three cases. New York med. Journ. Nr. 24.

27. Hirst, Modern extraperitoneal Cesarean Section. Ref. Journ. Amer. med. Assoc. Nov. 15.

28. Jakowiecki, Uterus einer Frau, am 15. Tage nach Kaiserschnitt mit querem Fundalschnitt verstorben. Karzinom der Ovarien mit üppigen Metastasen in der Bauchhöhle. Linksseitiger Ovarialtumor im kleinen Becken inkarzeriert. Die Catgutnähte waren noch nicht resorbiert, keinerlei Verwachsungen der Uterusnarbe mit der Nachbarschaft. Lwowski Tygodnik Lekarski. Nr. 18. p. 327. (Polnisch.) (v. Neugebauer.)

28a. Van der Hoeven, Die Möglichkeit einer Schwangerschaft nach Sectio caesarea. Ned. Tijdschr. v. Verl. en Gyn. XXII. 3. (Auf Grund von Untersuchungen, die bei 17 Frauen mit Kaiserschnitten vorgenommen wurden, meint Vortragender, dass diese Möglichkeit viel vermindert ist, was er der Entstehung von Verwachsungen nach der Sectio caesarea glaubt zuschreiben zu müssen.) (Mendes de Leon.)

29. Jeannin, Cyrille, Comment conçoit-on actuellement en Françe la technique de l'opération césarienne abdominale. Presse méd. 9 Août.

30. Judd, E. S., Cesarean Section and Porro-Operation. St. Pauls med. Journ. Febr. Ref. Zentralbl. Nr. 26.

31. Kowalski, B., Sectio caesarea. Inaug.-Diss. Breslau 1912. Ref. Monatsschr. Bd. 38. Heft 1.

32. Kutassow, Zum klassischen Kaiserschnitt aus relativer Indikation. Wratsch. Gaz. Nr. 17. (IX para; Beckenmasse: 22; 26; 17,5; 10,5; 8,5. Als die fötale Herztätigkeit arythmisch wurde und Mekonium abging, wurde Patientin der Kaiserschnitt und die Perforation des lebenden Kindes zur Wahl vorgelegt. Sie entschloss sich zu ersterem. Es wurde der Kaiserschnitt nach Fritsch ausgeführt. Das Kind wies Symptome der Littleschen Krankheit auf und starb am 20. Tage p. p. Verf. meint, es sei vorzeitig, die Perforation auf gesetzlichem Wege durch den Kaiserschnitt ersetzen zu wollen, weil wir der Mutter weder die Garantie fürs Leben geben, noch ein lebendes und lebensfähiges Kind versprechen können. Die sog. relative Indikation ist zurzeit noch nicht streng präzisiert, so dass der Individualisierung freier Raum gegeben ist. Die Wahl der Operation (Perforation oder Kaiserschnitt) muss der Kreissenden selbst oder den nächsten Verwandten überlassen werden.) (H. Jentter.)

33. *Küttner, Der Kaiserschnitt an der Toten und der Sterbenden. Journ. akusch. i shensk. bol. April. (H. Jentter.)

34. Lange, Zur Frage des suprasymphysären extraperitonealen Kaiserschnittes. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. Ref. Monatsschr. Bd. 37. Heft 5. (Mit Diskussion. 28 Fälle, davon 24 mal extraperitonealer Versuch, der aber nur 18 mal gelang. Ein Todesfall an Sepsis.)

35. Malwejew, Zwei Kaiserschnitte wegen Fibrom. Wratsch. Gaz. Nr. 49. Sitzungsber. der geb.-gyn. Ges. zu Moskau. (H. Jentter.)

36. Maxwell, W. H., Seltene Indikationen zum Kaiserschnitt. Brit. med. Journ. May 24.

37. Meyer, Leopold, En Patient med Sectio caesarea per 3die Gang. (Eine Patientin mit Sectio caesarea zum drittenmal.) Ges. f. Gyn. u. Obst. 5. Febr. Ref. Ugeskrift for Laeger. Kopenhagen. p. 2026. (O. Horn.)

38. Müller, S., Sectio caesarea mit suprasymphysärem Querschnitt. Berl. klin. Wochenschrift. Nr. 29. (Ein Fall.)

39. Nowikow, 16 Kaiserschnitte. Journ. akusch. i shensk. bol. Febr. (Nowikow bringt 16 Geburtsgeschichten. Achtmal operierte er nach der klassischen Methode mit dem Fritschschen Fundalschnitt; davon bildete siebenmal Vorliegen der Plazenta und einmal Beckenenge die Indikation. Alle acht Mütter genasen, obwohl fünf von ihnen ein fieberhaftes Wochenbett durchmachten. Sechs Kinder wurden lebend extrahiert.

von ihnen starb ein frühgeborenes Kind. Nowikow hält den klassischen Kaiserschnitt bei Placenta praevia für die rationellste Entbindungsmethode im Interesse des Kindes; kommt das kindliche Leben nicht in Betracht, so gibt auch der vaginale Kaiserschnitt und die Metreuryse stets die Möglichkeit, die Mutter zu retten. In die zweite Gruppe der Fälle rechnet Nowikow sieben extraperitoneale Kaiserschnitte nach Latzko und einen Fall von transperitonealem Kaiserschnitt (Veit II). Siebenmal war Beckenenge die Indikation, einmal Cervixmyom. Alle acht Mütter genasen, von den acht Kindern starb eines am vierten Tage p. p. Vier Wöchnerinnen fieberten leicht; bei einer vereiterte die Bauchwunde. Starke Blutungen kamen nicht zur Beobachtung; das Aufreissen des Bauchfells hat keine Bedeutung. In der Behandlung der Beckenenge spricht sich Verf. entschieden zu gunsten des suprasymphysären Kaiserschnittes gegenüber der Hebosteotomie aus.) (H. Jentter.)

40. Opitz, E., Über Kaiserschnitt. Naturforschertag. Ref. Zentralbl. Nr. 41. (Opitz glaubt, dass es auch in infektiösen Fällen nicht notwendig sei, extraperitoneal zu operieren, er hat daher die Latzkosche Methode verlassen, operiert jetzt so, dass er die Bauchhöhle breit eröffnet, Blase abschiebt, Peritoneum nach oben vom Uterus ablöst und durch die Bauchhöhle den Uterus entleert. 37 Fälle ohne Todesfall. Wichtig ist das Abdecken der Bauchhöhle.)

41. Peralta, Ramon, Über einen Fall von Spontanruptur des schwangeren Uterus an der Stelle einer alten Kaiserschnittsnarbe. Ref. Zentralbl. Nr. 8.

42. Petersen, R., Indikationen der abdominellen Sectio caesarea. Surg., Gyn. and Obst. XVII. 2.

43. Pobedinsky, W., Die Erfolge des Kaiserschnittes in Russland in den letzten 25 Jahren. Zentralbl. Nr. 21. (Historisches und Statistisches. In 25 Jahren 446 Fälle. I. Periode 1886—1890 42 Fälle. Mortalität klass. 39%, Porro 43%. II. Periode 1891—1900. 84 Fälle 6% Mortalität. III. Periode 1901—1912 320 Fälle, und zwar bei 288 klassischen 6,6%, bei 18 extraperitonealen 16,7%, bei 9 Porro 22% Mortalität.)

44. Rachmanow, 30 klassische Kaiserschnitte. Med. Obosr. Nr. 11. (Rachmanow hat im Verlaufe von fünf Jahren 30mal den klassischen Kaiserschnitt aus relativer Indikation ausgeführt (auf 25 000 Geburten). Er hält das Verfahren für die Idealoperation, aber nur für reine Fälle. Zwei Todesfälle.) (H. Jentter.)

45. Rüder, Über Kaiserschnitt und wiederholten Kaiserschnitt. Gyn. Ges. Hamburg. Ref. Zentralbl. Nr. 3. (Mit Diskussion.)

46. Rühle, W., Zur Indikation der Sectio caesarea cervicalis posterior Polano. Frauenarzt. 1912. Heft 10.

47. Scipiades, E., Hebosteotomie und präperitonealer Kaiserschnitt. Tauffers Abhandl. aus dem Gebiet der Geb. u. Gyn. II. 2.

48. Sellheim, Diskussion Naturforschertag. Ref. Zentralbl. Nr. 41. (Sellheim war der erste, der rein extraperitoneal operierte, aber auch der erste, der wieder von dieser Methode abgekommen ist, da er sich von deren Mangel an effektiven Vorteilen überzeugen konnte.)

49. Serge-Burnier, L'operation césarienne. Thèse Lausanne. 1912. Ref. Monatsschr. Bd. 37. Heft 1.

50. Scheffzek, Zur Sectio extraperitonealis. Gyn. Ges. Breslau. Ref. Monatsschr. Bd. 37. Heft 6. (Infizierte Bindegewebswunden können das Peritoneum infizieren. Die guten Resultate Baumms und Küstners könnten diesen wunden Punkt des extraperitonealen Kaiserschnittes verdunkeln. Deshalb muss diese Tatsache um so nachdrücklicher ins rechte Licht gesetzt werden. Ein scheinbar reiner Fall starb an einer Phlegmone. Diskussion Küstner, Baumm: Interessant ist, dass Baumm sagt, die Bezeichnung extraperitonealer Kaiserschnitt ist überhaupt unzweckmässig. Wir wissen niemals, wenn wir an die Operation herangehen, ob sie extraperitoneal gelingen wird.)

51. Schwarz, Ruptur des graviden Uterus nach vorausgegangenem klassischem Kaiserschnitt. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 15. Kasuistik: Fundalschnitt, W.-B. febril, die Narbe platzte im 7.—8. Schwangerschaftsmonat.)

52. Ssokolow, Zwei Fälle von konservativem Kaiserschnitt aus seltener Indikation mit gutem Erfolg für Mutter und Kind. Journ. akusch. i shensk. bol. Febr. (1. 23jährige IIIgravida. Zwei normale Geburten. Der zystöse, kindskopfgrosse Tumor verlegte den Beckeneingang; vorliegender Kopf hoch, nach rechts abgewichen. Klassischer Kaiserschnitt; nach Extraktion des Kindes (3450 g) und Naht des Uterus, Enukleation der stark adhärenten Zyste, wobei letztere platzte. Es entleerte sich Eiter. Glatte

Heilung. 2. 23jährige IVgravida. Dreimal Perforation. Nach der letzten Geburt Blasencervixfistel, welche mehrere Male erfolglos genäht wurde. Schliesslich wurde die Fistel per laparotomiam geschlossen. Beckenenge. Conj. vera 7—7$^1/_2$. Klassischer Kaiserschnitt mit Tubenresektion. Glatte Heilung. Kind 2850 g schwer.)

(H. Jentter.)

53. Taussig, F. J., Cesarean Section in an achondroplastic dwarf. The Amer. Journ. of Obst. Febr.
54. Tóth, St., Drei Fälle von Sectio caesarea cervicalis. Ref. Gyn. Rundschau. Nr. 17.
55. Veit, J., Kaiserschnittstechnik. Freie Vereinigung mitteldeutsch. Gyn. 19. Jan. Ref. Zentralbl. Nr. 13. (Veit macht den queren Fundalschnitt nach Eventration des Uterus und Bedeckung der Umgebung durch sterile Tücher. Diskussion Thorn, Kehrer.)
56. — Zur Technik des Kaiserschnittes. Zentralbl. Nr. 20. (Veit hat in 40 Fällen transperitoneal das untere Uterussegment eröffnet, dabei das Peritoneum an die Haut angeklemmt, doch hat 11 mal die Anklemmung nicht gehalten (zwei Todesfälle). Jetzt legt er den Schnitt $^1/_3$ über dem Nabel, $^2/_3$ unter dem Nabel an, deckt die Bauchhöhle ab, eröffnet mit querem Fundalschnitt und lässt den leeren Uterus hinaufdrängen, so dass der Uterusschnitt höher liegt als das obere Ende des Bauchschnittes, dann wird der Uterus mit Seide genäht, mit Catgut fortlaufend übernäht. Dabei ist durch das starke Vorwärtsbeugen des Uterus einmal eine Uterusruptur eingetreten. 40 Fälle ohne Todesfall. Er rät daher für die Praxis als einfachsten Weg das sorgfältige Abdecken des Uterusinhalts von der Bauchhöhle, nach starker Beckenhochlagerung Eventration des Uterus und querem Fundalschnitt.)
57. Warren, St. P., Cesarean Section, with discussion of technic and brief clinical histories of 21 personal cases. The Amer. Journ. of Obst. etc. Febr.
58. — Sectio Caesarea etc. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women and Childr. Febr. (Technik und kurze Krankengeschichte von 21 Fällen.)
59. Weibel, Extraperitonealer Kaiserschnitt und Beckenspaltung. Naturforschertag. Ref. Zentralbl. Nr. 41.
59a. — Dasselbe. Zentralbl. Nr. 45. (Weibel berichtet aus der Klinik Wertheim über 67 extraperitoneale Kaiserschnitte mit 3$^0/_0$ Mortalität und 22$^0/_0$ Morbidität gegenüber 2,5$^0/_0$ Mortalität und 31$^0/_0$ Morbidität bei Hebosteotomie, wobei allerdings die reinen Fälle mehr der extraperitonealen Sectio zugewiesen werden. Bei der extraperitonealen Sectio entstanden zweimal Blasenfisteln, in 28$^0/_0$ der Fälle wurde das Peritoneum unbeabsichtigt eröffnet, in 10$^0/_0$ fanden sich bei der Nachuntersuchung Narbenhernien. Bei Iparen und Beckenverengerungen unter Conj. vera von 7$^1/_2$ cm wird, falls der klassische Kaiserschnitt kontraindiziert ist, die extraperitoneale Sectio ausgeführt, bei Multiparen diese oder die Hebosteotomie. Bei schwerer Infektion ist die Totalexstirpation des Uterus zur Rettung des Kindes, und nur im äussersten Notfalle die Perforation des lebenden Kindes angezeigt.)
60. Weile, E., 52 Fälle von extraperitonealem Kaiserschnitt. Inaug.-Diss. München 1912. Ref. Monatsschr. Bd. 37. Heft 1.
61. White, D., Der abdominale Kaiserschnitt bei Placenta praevia. Inaug.-Diss. München 1912. Ref. Monatsschr. Bd. 37. Heft 1.
62. Witherstine, H., Indications for cesarean section. St. Pauls med. Journ. Febr. Ref. Zentralbl. Nr. 26.
63. Wyss, A., Beitrag zur Uterusruptur nach Kaiserschnitt. Inaug.-Diss. Leipzig 1912. Ref. Monatsschr. Bd. 38. Heft 1.
64. Yasaburo, Taniguchi, Über den extraperitonealen Kaiserschnitt etc. Inaug.-Diss. München. Ref. Monatsschr. Bd. 38. Heft 1.
65. Ziegler, E. Ch., Akute Magendilatation nach Sectio caesarea. Amer. Journ. of Obst. and Dis. of Women. 1912. Dec. Ref. Zentralbl. Nr. 26.

Küttner (33) hat aus der Literatur der letzten neun Jahre 45 Fälle von Kaiserschnitt an der Toten (davon vier eigene) zusammengestellt. 31 mal wurde ein lebendes Kind erhalten (68,8$^0/_0$). Der Prozentsatz lebender Kinder steigt mit den Jahren unaufhörlich. Die Forderung des Gesetzes, die Operation solle mit Wahrung aller gewöhnlichen Kautelen ausgeführt werden, lässt sich in der Praxis nicht durchführen. Der Eintritt des Todes lässt immer an mehreren Symptomen konstatieren; das Durchschneiden einer Arterie (z. B. der Radialis)

schafft Klarheit. Ist geraume Zeit seit dem Tode vergangen, so ist die Operation zwecklos und überflüssig. Es ist wünschenswert, dass das Gesetz das Verfügungsrecht des Ehemannes über die Leiche der Frau einschränkt.

Vier Fälle: 1. Igravida, schwere Eklampsie, Metreuryse, plötzlicher Tod; ca. 10 Minuten post mortem Kaiserschnitt ohne Desinfektion mit nicht sterilem Messer. Kind asphyktisch, wiederbelebt; darauf erst wird bemerkt, dass in utero noch ein Kind sich befindet; es wird tot extrahiert. Kind (2530 g) entwickelte sich gut weiter. 2. 45jährige Xgravida. Anasarka des ganzen Körpers; Ekchimosen; Eklampsie. Aderlass. Eine Minute nach dem Tode Kaiserschnitt ohne Desinfektion mit nicht sterilen Instrumenten. Das Kind (2530 g) atmete noch vor der Unterbindung der Nabelschnur; es wurde am zwölften Tage aus der Klinik entlassen. Sektionsbefund: grosser Bluterguss im Hirn. 3. IVgravida; Bronchitis; Lungenödem. Kaiserschnitt sofort nach dem Tode ohne jegliche Kautelen. Kind leicht asphyktisch, 3140 g schwer, am 22. Tage entlassen. Sektionsbefund: Myokarditis, Oedema pulmonum. 4. Kyphoskoliose, Vitium cordis, Igravida. Plötzlicher Tod, nach fünf Minuten ohne jegliche Kautelen mit einem Taschenmesser. Kind lebend und gesund entlassen. Was den Kaiserschnitt in der Agonie betrifft, so hält Verf. ihn für durchaus berechtigt. Ist der Tod der Mutter unabwendbar, so ist es durchaus human, das Kind in der Agonie herauszubefördern, auch ohne Einwilligung der Mutter (falls sie bewusstlos ist). Ist das Bewusstsein erhalten, so ist die Operation nur auf dringende Forderung der Mutter hin auszuführen. Konzilium mehrerer Ärzte ist unbedingt notwendig. Bei der Operation in moribunda müssen natürlich aseptische Kautelen getroffen werden.

Zwei Fälle: 1. Igravida, Eklampsie; Aderlass. Bewusstlosigkeit. Kaiserschnitt, mit allen Kautelen. Kind leicht asphyktisch, wiederbelebt. Tod der Mutter $1^1/_2$ Stunden nach der Operation. Sektionsbefund: Bluterguss in die Oblongata. 2. 36jährige Igravida wird im Koma eingeliefert. Kaiserschnitt nach Fritsch. Kind 3420 g schwer, schreit sofort. Tod vier Stunden post operationem. Sektionsbefund: Bluterguss im Hirn. Kind wird gesund entlassen. (H. Jentter.)

Gubarew (21) will die Indikationen zu dem klassischen Kaiserschnitt möglichst erweitert wissen und weist auf die Vorzüge desselben vor der künstlichen Frühgeburt, den beckenerweiternden Operationen und den extraperitonealen Schnittmethoden hin. Auch in infizierten Fällen soll intraperitoneal operiert werden. Gubarew bespricht eingehend die Technik: der Schlauch wird abgelehnt, Blutstillung durch digitale Kompression der Mutterbänder, nach Extraktion der Secundinae digitale Dilatation des Cervix und Auswischen der Uterushöhle mit Jodtinktur, Naht mit Jodcatgut, wobei die Wundränder so adaptiert werden, dass die Wundfläche der einen Seite mit der serösen Haut der anderen Seite in Berührung kommt. Zum Schluss bringt Verf. die Geburtsgeschichte eines Falles von Osteomalacie. 30jährige VIpara mit hochgradiger Osteomalacie. Die Einführung des Fingers in die Scheide ist unmöglich, weil die Schossfuge zu eng ist. Patientin erkrankte während der vierten Schwangerschaft. Absolutes Geburtshindernis. Kaiserschnitt eine Woche ante terminum. Totalexstirpation der Gebärmutter mit Adnexen. Kind lebt (2700 g). Heilung. (H. Jentter.)

VI. Retention der Plazenta und Eihäute, Nachgeburtsblutungen.

1. Alletsee, Über Indikation und Prognose der manuellen Plazentalösung. Inaug.-Diss. München 1912. Ref. Monatsschr. Bd. 37. Heft 1.
2. Bar, P., Die chirurgische Behandlung der Schwangerschafts-, Geburts- und Nachgeburtsblutungen. Gyn. Rundschau. Nr. 5. Bericht aus der Soc. d'obst. et de gyn. 1912.
3. Couvelaire, Chirurgische Behandlung der Blutungen infolge Lösung der normal und falsch sitzenden Plazenta. Revue prat. d'obst. et de péd. 25 J. Nr. 280/281.

4. Lepage, Sur la conduite à tenir dans la rétention placentaire post-abortum. Intern. Kongr. London. Ref. Monatsschr. Bd. 38. Heft 4.
5. Mayer, A., Über Gefahren des Momburgschen Schlauches. Gyn. Rundschau. Nr. 11.
6. Vogeler, H., Die Therapie der Nachgeburtsblutungen in der Geschichte der Medizin. Inaug.-Diss. Freiburg.

VII. Varia.

1. Boss, Statistik des Lying-in Hospitals New-York. New York med. Journ. Nr. 14.
2. Chaimtschik, L., Die puerperale Morbidität und Mortalität nach operativen Eingriffen. Inaug.-Diss. München 1912.
3. Cragin, E. B., Unter welchen Bedingungen soll die Wehenschwäche durch künstliche Entbindung behandelt werden. Surg., Gyn. and Obst. XVII. 3. Ref. Zentralbl. Nr. 52.
4. Denny, Ch. F., Ansichten über die Leitung der normalen Geburt. St. Paul med. Journ. August.
5. Dührssen, A., Geburt beim engen Becken. Med. Klinik. Nr. 19.
6. Ekstein, E., Geburtshilfliche Kasuistik aus dem IV. Quinquenium geburtshilflicher Praxis. Gyn. Rundschau. Heft 2.
7. — Über das Verhältnis der modernen klinischen Geburtshilfe zur geburtshilflichen Praxis. Samml. klin. Vortr. Gyn. Nr. 249.
8. Feissly, La thérapeutique obstétricale dans les retrécissements pelviens. Inaug.-Diss. Lausanne 1911. Ref. Monatsschr. Bd. 37. Heft 1.
9. Freudenthal, G., Ein neuer Kunstgriff zur unblutigen Erweiterung des gerade verengten Beckens. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 15. (Bei jeder Wehe werden die in Hüfte und Knie extrem flektierten Beine nach der Mitte des Bauches und möglichst an diesen angepresst.)
10. Froriep, L., Zur Inversio uteri. Zentralbl. Nr. 20. (Kasuistik. Froriep invertierte bei Placenta praevia accreta und Atonia uteri den Uterus und machte Totalexstirpation. Exitus.)
11. Greez, Boughman, Schutz und Wiederherstellung des Dammes. Journ. of Amer. med. Assoc. Febr. 1. Ref. Zentralbl. Nr. 18.
12. Harrison, G., Wehenschwäche und ihre Behandlung. Surg., Gyn. and Obst. XVII. 3. Ref. Zentralbl. Nr. 52.
13. Helle, H., Die Verteilung der operativen Entbindungen nach Alter und Zahl der vorausgegangenen Geburten. Inaug.-Diss. München 1912.
14. V. d. Hoeven, Die Stellung der verschiedenen Kunstgeburten in bezug aufeinander. Monatsschr. Bd. 37. Heft 3. (Verf. revidiert auf Grund der neueren Statistiken die Indikationen der verschiedenen Methoden der künstlichen Entbindung. Bei engen Becken ergeben Wendung und hohe Zange eine ziemlich gute Prognose für die Mutter, eine sehr schlechte für das Kind. Ersatzoperationen sind: 1. Künstliche Frühgeburt (Eihautstich und folgende Spontangeburt). 2. Hebosteotomie. 3. Sectio caesarea. Ist die Conj. vera grösser als $8^1/_2$ cm, wird Eihautstich im letzten Monat empfohlen, fängt die Geburt à terme an, manuelle Blasensprengung, eventuell Zange oder Hebosteotomie. Bei C. v. unter $8^1/_2$ cm ist nur Sectio caesarea zu empfehlen. In jedem Falle von C. v. unter $9^1/_2$ cm soll die Frau in einer Klinik die Niederkunft erwarten.)
15. Jonas, W., Über puerperale Uterusinversion. Zentralbl. Nr. 52.
16. Jolly, Geburt bei schiefem Becken. Ges. f. Geb. u. Gyn. 13. Juni. Ref. Zentralbl. Nr. 48.
17. Jullien, Totalexstirpation bei verschleppten fehlerhaften Lagen. Prov. méd. 27. (Kasuistik. Uterusruptur nach Wendungsversuch.)
18. Kadyschewitsch, Ch. W., Über Ätiologie, Häufigkeit und Heilung der Dammrisse etc. Inaug.-Diss. Breslau. Ref. Zentralbl. Nr. 48.
19. Kosmak, G. W., Radical and conservative methods in obstetrics. Med. Record. March 22.
20. Krug, O., Ein neuer Handgriff (Kreuzgriff) bei Entbindungen. Zentralbl. Nr. 12.
21. Nebesky, O., Beitrag zur Therapie der kompletten Uterusruptur. Monatsschr. Bd. 38. Heft 4.
22. Neugebauer, F. v., Über eine Geburt fünf Jahre nach vorausgegangener Piccolioperation wegen puerperaler Uterusinversion etc. Zentralbl. Nr. 15. (Kasuistik

von 10 Fällen der Literatur von Geburten nach operativem Redressement des invertierten Uterus. Anführung eines 11. Falles mit Placenta bipartita. Verf. fragt, ob diese Form der Plazenta vielleicht durch Insertion über der Narbe bedingt war und regt an, bei wiederholtem Kaiserschnitt Plazenta und Plazentarsitz diesbezüglich zu untersuchen.)
23. Pankow, O., Der hohe Geradstand. Monatsschr. Bd. 38. Heft 2.
24. Reid, J., Geburtshilfliche Fälle. Brit. med. Journ. Febr. 15. (Spontane Uterusruptur bei Fehlgeburt, wahrscheinlich entstanden durch Durchbrechen eines Abszesses in der Uteruswand während der Wehen.)
25. Robertson, R., Episiotomie und sofortige Naht nach der Entbindung, nebst einer Empfehlung der sofortigen Naht von Cervixrissen. Edinb. Obst. Soc. 1912.
26. Rosmir, Ch., Über Dammrisse, deren Frequenz, Ätiologie, Therapie etc. Inaug.-Diss. Breslau. Ref. Zentralbl. Nr. 48.
27. Rotter, H., Eugenik und Geburtshilfe. Gyn. Rundschau. Heft 3 und 4.
28. Rudolph, Über artifizielle Scheidendammdehnungen intra partum. Zentralbl. Nr. 32.
29. Samsonowitsch, J., Über die Häufigkeit der geburtshilflichen Operationen im Frauenspital Basel-Stadt. Inaug.-Diss. Basel 1912. Ref. Monatsschr. Bd. 37. Heft 1.
30. Sigwart, W., Zur Therapie perforierender Uterusverletzungen. Berl. klin. Wochenschrift. 1912. Nr. 37. (Sigwart hält den Radikalismus bei infektionsverdächtigen Uterusverletzungen für durchaus nicht berechtigt.)
31. Steffan, Die modernen Bestrebungen in der Geburtshilfe und ihr Einfluss auf die Verschiebungen in der Indikationsstellung. Inaug.-Diss. Freiburg.
32. Straub, Zur Frage der Therapie beim engen Becken. Inaug.-Diss. Berlin 1912. Ref. Monatsschr. Bd. 38. Heft 1.
33. Schröder, Die Späterfolge geburtshilflichen Handelns. Monatsschr. Bd. 38. Ergänzungsheft. (Verf. glaubt, da die Spätresultate für die Kaiserschnittskinder und besonders die Frühgeburtskinder sehr schlecht sind, dass auch in der Geburtshilfe die soziale Indikation zur Geltung kommen soll. Gegebenenfalls soll man bei engem Becken, wenn die Mutter es wünscht, die Perforation auch des lebenden Kindes machen, solange nicht die Vorbedingungen für das weitere Gedeihen solcher Kinder bessere geworden sind.)
34. Schwarzwäller, Über den Kegelkugelhandgriff. Zentralbl. Nr. 35.
35. Voigt, J., Abwartende Geburtsleitung. Therap. Monatshefte. Juni.
36. Waksman, M. E., Über Ätiologie, Häufigkeit und Erfolge der primären Naht bei Dammrissen. Inaug.-Diss. Breslau. Ref. Zentralbl. Nr. 48.
37. Weichsel, M., Der tiefe Querstand bei Kopflagen. Inaug.-Diss. Freiburg.
38. Wilhelm, A., Les hysterectomies vaginales en obstétrique. Thèse. Paris. Ref. Presse méd. 14 Juin.
39. Wolf, K., Zirbeldrüsenextrakt in der geburtshilflichen Landpraxis. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 32.
40. Young, W. J., A bimanual method of rectifying a face presentation. The Brit. med. Journ. April 26.
41. Zangemeister, W., Handgriff zur Umwandlung der Gesichtslage. XV. Kongr. d. deutsch. Ges. f. Gyn. Halle. Ref. Zentralbl. Nr. 25.
42. — Ein Handgriff zur Umwandlung der Gesichtslage. Münchn. med. Wochenschr. Nr. 23. (Der Daumen geht in den Mund, die Spitzen der Finger werden auf die Brust aufgesetzt. Während der Daumen das Kinn in die Höhe schiebt, drängen die Finger die Brust nach der Rückenseite, die äussere Hand schiebt den Steiss nach der Bauchseite des Kindes.)

Beckenerweiternde Operationen.

Referent: Prof. Dr. K. Baisch, Stuttgart.

1. *De Bovis, Subkutane Symphysiotomie. Semaine méd. Nr. 33.
2. Brüno, Zur Pubiotomiefrage. Wratsch. Gaz. Nr. 46. Sitzungsber. der geb.-gyn. Ges. zu Kiew. (Zwei Fälle. 1. 30jährige Ipara. Venter propendens. Conj. ext. 17,5; C. diagonalis 10. Erste Hinterhauptslage; Litzmannsche Einstellung. Nach dem ersten eklamptischen Anfall Operation nach Döderlein. Kind (3600 g) mittelst Zange extrahiert. Glatter Verlauf. 2. IIpara. Conj. ext. 16,5, diagonalis 10. Hintere

Hinterhauptslage. Patientin verweigerte eine beckenerweiternde Operation. Hohe Zange. Kind lebend extrahiert (3250 g). Glatter Verlauf. Derartige hohe Zangen sind nicht selten; sie schaden weniger wie die Hebosteotomie. Die Zusammenstellung der beiden Fälle spricht nicht zugunsten der Pubiotomie.) (H. Jentter.)
3. Calderini, Über die Hebosteotomie. Geb.-gyn. Ges. d. Marken. 1. Dez. 1912. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. p. 385. (Erfolgreicher Fall.)
4. *Calmann, Geburtshilfliche Gesellschaft Hamburg. 18. Nov. Diskussion. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1914. Nr. 4. p. 170. (Diskussion zu Rüder.)
5. *Cuny, Die Behandlung der Geburt bei engem Becken in Basel. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 74. Heft 2.
6. Dührssen, Geburt beim engen Becken. Med. Klinik. Nr. 19.
7. *Eberhart, Subkutane Symphysiotomie. Niederrhein. westf. Ges. f. Gyn. 1. Dez. 1912. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. p. 372.
8. Engelmann, Die Erfolge der beckenerweiternden Operationen und speziell über einen Fall von Promontoriumsresektion nach Rotter-Schmid. Demonstr. städt. Krankenanstalten Dortmund. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 39. p. 451. Dez.
9. *Fischer, Über Kaiserschnitte, Symphyseotomien und Hebosteotomien. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 75. Heft 1. p. 38.
10. *Frank, Erfahrungen über den subkutanen Symphysenschnitt. 17. Intern. med. Kongr. London. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1390.
11. *Frey, Demonstration eines pubiotomierten Schambeins. Oberrhein. Ges. f. Geb u. Gyn. 27. Okt. Ref. Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. 18. Heft 1. p. 159.
12. *Gerstenberg, Bemerkungen zu Heinrich Rotters Verfahren zur Heilung enger Becken. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 12. p. 409. Ges. f. Geb. u. Gyn. Berlin. 11. April.
13. Hartmann, Über den subkutanen Symphysenschnitt. 85. Naturf.-Versamml. Wien. (Bericht über die Frankschen Fälle s. d. Ref.)
14. *Jung, Demonstration. Nordwestdeutsche Ges. f. Gyn. 9. Nov. 1912. Ref. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. p. 684. (Diskussion zu Wesenberg.)
15. *Kehrer, Die subkutane Symphyseotomie von Frank. Arch. f. Gyn. Bd. 99. p. 294.
16. *Kriwski, Zur Frage der Hebosteotomie. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. p. 435.
17. *Labhardt, Die Therapie des engen Beckens mit besonderer Berücksichtigung der Verhältnisse der Praxis. II. Aufl. Berlin und Leipzig. Med.-Verlag Schweizer & Co. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1914. Nr. 4. p. 186.
18. *Lackie, Erfahrungen bei drei Fällen von Hebosteotomie. Edinb. Obst. Sect. 1912. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 694.
19. Latzko, Diskussion zu Rotter. Zentralbl. f. Gyn. p. 1752 und Naturforschervers.
20. *Linzenmeier, Die Bedeutung der Hypophysenpräparate für die Hebosteotomie. Zentralbl. f. Gyn. p. 159.
21. *Loeschke, Zur Symphyseotomiefrage. Ges. f. Gyn. u. Geb. Cöln, 4. Dez. 1912. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. p. 332.
22. *Mayer, Über einige seltene Formen von engem Becken. Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. 18. Heft 1. p. 53.
23. *Roth, Diskussion zu Rüder. Geb. Ges. Hamburg. 18. Nov. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1914. Nr. 4. p. 170.
24. *Rotter, Die Heilung des engen Beckens. Gyogyaszát. 1912. Nr. 50. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 1539.
25. *Rueder, Über die in der Entbindungsanstalt Eppendorf ausgeführten Hebosteotomien. Geb. Ges. Hamburg. 18. Nov. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1914. Nr. 4. p. 170.
26. *Schmid, Über dauernde Erweiterung des knöchernen Beckens durch Promontoriumsresektion. Zentralbl. f. Gyn. p. 1615.
27. *Scipiades, Hebosteotomie und präperitonealer Kaiserschnitt. Tauffers Abhandl. a. d. Geb. d. Geb. u. Gyn. Bd. 2. Berlin 1912. Ref. Monatsschr. f. Gyn. Bd. 38. p. 612.
28. Schottelius, Diskussion zu Rüder. Geb. Ges. Hamburg. 18. Nov. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1914. Nr. 4. p. 170.
29. *Seligmann, Diskussion zu Rüder. Geb. Ges. Hamburg. 18. Nov. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1914. Nr. 4. p. 170.
30. Sellheim, Diskussion zu Rotter. Zentralbl. f. Gyn. p. 1752.
31. *Staude, Diskussion zu Rüder. Geb. Ges. Hamburg. 18. Nov. Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1914. Nr. 4. p. 170.
32. *Stoeckel, Diskussion zu Wesenberg. Demonstration Nordwestdeutsche Ges. f. Gyn. 9. Nov. 1912. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. p. 684.

33. *Straub, Zur Frage der Therapie beim engen Becken. Diss. Berlin 1912. Ref. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. p. 93.
34. *Wallace, Hebosteotomie. Journ. Obst. and Gyn. Brit. Vol. 23. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 865.
35. *Weibel, Extraperitonealer Kaiserschnitt und Beckenspaltung. 85. Naturf.-Vers. Wien. Zentralbl. f. Gyn. p. 1649.
36. *Wesenberg, Becken nach Pubiotomie. Demonstration Nordwestdeutsche Ges. f. Gyn. 9. Nov. 1912. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. p. 684.
37. *Young, Geburt bei im Ausgang verengtem Becken. Edinb. Obst. Soc. 1912. Ref. Zentralbl. f. Gyn. p. 694.

Nach Weibel (35) wurden seit 5 Jahren an der II. Frauenklinik in Wien 39 Hebosteotomien und 67 extraperitoneale Kaiserschnitte ausgeführt. Die ersteren ergaben 15,4% und die letzteren 3% Mortalität der Kinder. Die mütterliche Mortalität betrug für die Hebosteotomie 2,5%, für den extraperitonealen Kaiserschnitt 3%. Die reinen Fälle wurden mehr der Sect. caes., die ebenso häufigen unreinen den beiden Operationen gleichmässig zugewiesen. Bei Kontrollen post op. fand man nach Hebosteotomie ausgezeichnete Knochenheilungen, nach extraperitonealem Kaiserschnitt fast in der Hälfte der Fälle Verlagerungen des Uterus ohne Beschwerden. Spontangeburten mit lebendem Kind kamen nach beiden Operationen vor. Die Hebosteotomie wurde meist nach Döderlein, die extraperitoneale Sektion anfangs nach Sellheim II, dann fast immer nach Latzko gemacht. Die Erfolge bei zuwartendem Verhalten nach Hebosteotomie waren schlecht.

Die Kraniotomie beim lebenden Kind wird unbedingt abgelehnt. Bei Erstgebärenden und einer Conjugata vera unter $7^1/_2$ cm wird der extraperitoneale Kaiserschnitt ausgeführt, bei Mehrgebärenden und geringerer Beckenverengerung entweder dieser oder die Hebosteotomie. Bei letzterer soll die Extraktion des Kindes gleich angeschlossen werden. Bei bestehender schwerer Infektion sind beide Operationen kontraindiziert und ist, um das Kind zu retten, die Uterusexstirpation auszuführen, sonst die Kraniotomie auch des lebenden Kindes.

Die Geburtsleitung der engen Becken hat sich auch an der Tauffer schen Klinik in den letzten Jahren mehr chirurgisch gestaltet. Scipiades (27) berichtet über 14 Hebosteotomien und 18 präperitoneale Kaiserschnitte mit einer mütterlichen Mortalität von 0%.

Die Hebosteotomien verliefen bis auf einen Fall glücklich: hier blieb eine Blasenfistel, die später geschlossen wurde. Schädliche Spätfolgen wurden nicht beobachtet. Es wird daher die Hebosteotomie empfohlen für Mehrgebärende, wenn die Vera mindestens 7,5 cm beträgt und keine Infektion vorliegt. Die Geburt soll im Interesse des Kindes sofort beendet werden, und zwar am besten durch Wendung, da nach der hohen Zange Weichteilrisse beobachtet wurden. Aus diesem Grunde darf die Operation nur bei vorbereiteten Weichteilen vorgenommen werden. Der präperitoneale Kaiserschnitt soll die Hebosteotomie ergänzen. Infizierte Fälle werden von der Operation ausgeschlossen, während die vorher untersuchten oder mit gesprungener Blase eingelieferten Fälle, die vom klassischen Kaiserschnitt ausgeschlossen sind, keine Kontraindikation bilden. Das Resultat der streng konservativen Geburtsleitung ist folgendes: Von 389 Fällen von engem Becken haben 75% spontan geboren. Die mütterliche Mortalität beträgt 1%, die kindliche 9,1%. Vergleicht man diese Zahlen mit denen der früheren Zeit der Kompromisoperationen, so zeigt sich die Tatsache, dass die mütterliche Mortalität nur wenig, die kindliche dagegen von 8% auf 3% gesunken ist.

Rueder (25) hat als Operationsmethode stets die Döderleinsche angewendet. 15 Fälle: 4 Erstgebärende, 11 Mehrgebärende. 9 Fälle waren als unrein zu bezeichnen. Bei der Operation 5 mal grosse Hämatome, 2 mal kommunizierende Scheidenrisse, 2 mal Verletzungen von Blase oder Urethra. Wochenbettsdauer

zwischen 20 und 38 Tagen, 1 mal 73 Tage. Es verliefen 4 Fälle fieberfrei, 6 subfebril, 6 hochfiebernd. 3 Kinder sind intra part. ad exitum gekommen. Eine Mutter starb am 5. Tag post part. infolge schweren Vitium cordis. Sonstige Komplikationen im Wochenbett: 2 mal Thrombosen, 1 mal Pneumonie, 1 Pyelitis. Wiederholte Geburten nach Hebosteotomie: bei 4 Frauen 5 Geburten, davon 4 Geburten spontan, einmal erneute Hebosteotomie.

Der Tod der Kinder war bedingt: einmal durch enormes Hämatom als Geburtshindernis, zweimal Missverhältnis des Kopfes zum Geburtskanal, trotz Hebosteotomie erschwerte Extraktion.

Als Kontraindikation stellt Rueder auf: Infizierte Fälle, Erstgebärende, starke Varizen im Operationsgebiet, Beckenenge unter 7 cm.

Staude (31) hat die Operation 9 mal, darunter 3 mal an Erstgebärenden, ausgeführt. Von den Müttern starb keine, von den Kindern eines. Hämatome, Thrombosen wurden häufig beobachtet. Ausreichende Erweiterung des Muttermundes und gute Wehen haben als Vorbedingungen zur Hebosteotomie zu gelten. Ungewöhnliche Höhe der Symphyse ist ungünstig.

Seligmann (29) hat unter 16 Fällen seiner Methode keine Blasenverletzungen oder penetrierende Scheidenwunden beobachtet. Alle Mütter sind genesen. Ein Kind konnte nicht wieder belebt werden. Die Mütter sind ca. 18 Tage nach der Operation gelegen. Keine Gehstörungen.

Calmann (4) hat vier Fälle nach Seligmann operiert ohne Nachteil für die Mütter. Ein Kind starb unter hoher Zange, ein anderes musste perforiert werden.

Roth (23) berichtet über die Nachuntersuchungen der in der Dresdener Klinik hebosteotomierten Fälle: Bei 85 Hebosteotomien 2 mütterliche Todesfälle und 7 tote Kinder, 10 kommunizierende Scheidenrisse, 12 Thrombosen. Bei 10 von 38 Frauen zeigten sich später Gehstörungen. Häufig Descensus vag. 6 Becken infolge starker Kallusbildung mehr verengt als früher.

Frank (10): Die Beckenerweiterungen sind durch Blutungen und Hämatome, durch Sepsis infolge der Nähe von Harnröhre und Scheide, und durch Zerreissungen und Funktionsstörungen belastet. Dagegen stellt der subkutane Symphysenschnitt wegen der Vermeidung solcher Komplikationen einen Fortschritt dar.

Beschreibung der bekannten Technik. Unter 117 nach dieser Methode operierten Fällen waren 28 Primipara; bei diesen nach der Operation 2 mal hohe Zange, 3 mal Wendung und Extraktion oder nur Extraktion. Ein Fall kam ad exitum infolge Peritonitis. Bei einem Fall blieb Incontinentia urinae zurück. Bei 89 Multiparen 4 mal hohe Zange, 27 mal Wendung und Extraktion oder nur Extraktion, hierbei kein Todesfall, keine Nachkrankheit.

Bei Erstgebärenden soll man die Operation möglichst vermeiden; nur im Notfall, wenn der Kopf bei der prophylaktischen Wendung hängen blieb oder schon im Beckeneingang eingekeilt war. Im übrigen ist die Operation auch bei Nabelschnurvorfall und nicht völlig erweitertem Muttermund indiziert. Letzterer muss eventuell eingeschnitten werden. Vernachlässigte Querlage, starke Verdünnung des unteren Uterinsegmentes sind Kontraindikationen, dagegen nicht Temperaturerhöhung und schneller Puls. Tödliche Blutungen, spätere Gehstörungen, Pyämie hat Frank nicht erlebt.

Ein warmer Befürworter der Frankschen Methode ist Kehrer (15). Er durchschneidet die Symphyse von einem über der Mitte angelegten Hautschnitt aus von vorn nach hinten. 10 solcher Fälle verliefen mit sehr gutem Erfolg für Mutter und Kind. Eingehende Beschreibung der Technik und des Anwendungsbereichs. Die Gefahren sind gering, nicht sicher vermeidbar ist allerdings Verletzung der Corpora cavernosa clitoridis, in 60% der Fälle wurde Hämatom und Thrombophlebitis beobachtet.

Eine genaue Beschreibung der Folgezustände nach offener Symphyseotomie verdanken wir Löschke (21). Bei der Patientin war vor 10 Jahren wegen allgemein verengten Beckens die offene Symphyseotomie gemacht worden. Die Austreibung eines lebenden Kindes fand spontan statt. Nach der Entlassung keine Gehstörung. Von sechs späteren Schwangerschaften endeten vier spontan mit der Geburt eines lebenden Kindes. Conjugata vera 8,4, Conjugata diag. 11 cm. Das Becken macht einen schräg verengten Eindruck dadurch, dass die linke Beckenschaufel nach der Symphyseotomie eine türflügelartige Drehung in der Art. sacr.-iliac. gemacht hat und in dieser Lage stehen geblieben ist. Der auf diese Weise entstandene klaffende Spalt in der Symphyse ist durch ungleichmässiges Wachstum der Schambeinäste geschlossen worden. Beide Schambeinäste sind an ihrer symphysealen Fläche überknorpelt; zwischen ihnen befindet sich ein Spalt, der blutig seröse Flüssigkeit enthält.

De Bovis (1), Anhänger der subkutanen Symphyseotomie, hat unter 18 Fällen bei dieser Operation nur einmal eine Phlebitis erlebt.

Eberhart (7) warnt vor der subkutanen Symphyseotomie bei Erstgebärenden. Er demonstrierte eine 26jährige Frau, bei der von anderer Seite vor $2^1/_2$ Jahren die subkutane Symphyseotomie gemacht worden war, mit den Folgen der Zerreissungen der Harnröhre, Blase und Scheide: zwei Urinfisteln und Steinbildung.

Rotter (24) hat seine Methode, das enge Becken durch Abtragen des Promontoriums zu erweitern, an Leichen erprobt und veröffentlicht. Er berichtet über die erste solche Operation an der Lebenden. Die Frau hatte 8 mal geboren und konnte bloss tote Kinder meist durch operative Eingriffe zur Welt bringen. Ihr Becken war allgemein verengt, Conjugata vera 7,8 cm. Die Operation wurde in nicht schwangerem Zustand ausgeführt. Nach Eröffnung der Bauchhöhle wurde über dem Promontorium das Bauchfell mit Längsschnitt eröffnet, die Weichteile bis zum Knochen beiseite geschoben, die Art. sacral. med. samt Venen unterbunden und das hervorragende Promontorium mit dem Hohlmeissel abgetragen. Eine Blutung aus dem Knochen wurde nicht beobachtet. Glatter Heilungsverlauf. Patientin verliess am 12. Tage die Anstalt. Keine Gehstörungen.

Im ganzen wurden bisher 9 Fälle operiert, ausser den erwähnten noch 8 von anderen Autoren. In keinem Fall wurde nach der Operation Kallusbildung beobachtet. Die Einwände bezüglich der Statik der Wirbelsäule (Sellheim) haben nach Rotter keine Berechtigung.

Schmid (26) berichtet über 8 Fälle von Promontoriumsresektion aus der deutschen geburtshilflichen Klinik zu Prag. Bei einem dieser Fälle ist nachher die Geburt erfolgt: 23jährige III para: erste Geburt durch atypischen Forzeps mit totem Kind beendet; bei der zweiten Geburt Sect. caes. aus relativer Indikation, nachdem aus dem Geburtsverlauf ersichtlich war, dass auf eine spontane Geburt nicht zu rechnen sei. In der dritten Schwangerschaft Promontoriumresektion im 4. Monat ohne Unterbrechung der Gravidität; Geburt eines reifen lebenden Kindes zwar nicht spontan, aber per vias naturales (Wendung, Extraktion wegen Querlage und Nabelschnurvorfall).

In den anderen 7 Fällen wurde im Anschluss an Sectio caesarea die Resektion vorgenommen. Ein Fall an Peritonitis gestorben.

Schmid stellt für die Promontoriumresektion folgende Norm auf:

1. Bei der Promontoriumresektion kann man ohne Bedenken Knochenstücke bis 2 cm Dicke abmeisseln; es empfiehlt sich dabei die untere Grenze der Resektionsfläche mindestens bis zum unteren Rande des II. Kreuzbeinwirbels auszudehnen.

2. In der Regel wird man die Operation im Anschluss an die Sectio caesarea aus relativer Indikation ausführen. Da man intraperitoneal operieren, d. h. die

klassische Sectio caesarea ausführen muss, sind infektionsverdächtige Fälle, bei welchen man extraperitoneal vorgehen will, somit von vornherein ausgeschlossen.

3. Die Promontoriumresektion ist derzeit die beste Methode, welche eine dauernde Erweiterung des knöchernen Beckens und damit die spätere Geburt eines reifen, lebenden Kindes per vias naturales gestattet. Durch diese Operation ist zum ersten Male eine wirklich kausale Therapie des engen Beckens geschaffen worden.

Gerstenberg (12) hält die Abmeisselung von 2—2,4 cm Promontorium aus statischen Gründen für bedenklich und fürchtet die Gefahr der Blutung aus dem Knocheninnern. Die Operation soll für Becken bis 8,5 Conjugata vera beschränkt bleiben, und mit Einleitung der künstlichen Frühgeburt verbunden werden. Becken mit doppeltem Promontorium sind auszuschliessen.

Straub (33) lehnt die Hebosteotomie bei Erstgebärenden völlig ab. In fast allen Fällen musste operativ eingegriffen werden, dabei schwere Weichteilverletzungen, grosse Mortalität der Kinder. Bei Mehrgebärenden soll die Hebosteotomie nur gemacht werden, wenn keine Gefahr von seiten der Mutter oder des Kindes vorliegt.

Linzenmeier (20) sieht eine Hauptgefahr der Hebosteotomie in der angeschlossenen künstlichen Entbindung und empfiehlt zu ihrer Umgehung die Anwendung von Pituitrin. Zwei erfolgreiche Fälle.

Lackie (18) empfiehlt auf Grund von drei erfolgreichen Fällen die Hebosteotomie (abgesehen von Erstgebärenden) dringend bei Verengerungen der Conjugata vera auf 7,5—8,5 cm, aber stets erst im Anschluss an einen vergeblichen Zangenversuch. Technik nach Döderlein. Im ersten Falle Phlebitis im linken Unterschenkel, im zweiten vorübergehend heftige Schmerzen in den Sakroiliakalligamenten, im dritten Cystitis. Mutter und Kind wurden in allen Fällen gesund entlassen.

Nach Kriwski (16) ist die Hebosteotemie besonders bei Mehrgebärenden mit geringer Beckenverengerung die verhältnismässig ungefährlichste und beste Entbindungsmethode, während sie bei Erstgebärenden nur im äussersten Notfall angewendet werden sollte. Die Geburt ist nach der Hebosteotomie sofort zu beenden. Frühzeitige Seitenlage ist zu empfehlen. Der Erfolg in Beziehung auf eine beliebige Erweiterung des Beckens ist unsicher.

Fischer (9) aus der Hofmeierschen Klinik ist ein Gegner sowohl der Symphyseotomie als der Hebosteotomie. Er leitet aus der Beobachtung von drei Fällen von Symphyseotomie ab: eine mütterliche Morbidität von 100% (in allen Fällen hohes Fieber), eine mütterliche Mortalität von $33^1/_3$%, eine kindliche Mortalität von $33^1/_3$%. Der durchschnittliche Entlassungstag der Wöchnerinnen war der 43. Zur Wochenbetterkrankung bei einer Patientin kam $^1/_4$ Jahr lang dauernde Gehstörung.

Die Hebosteotomie wurde von 1904—1909 12 mal ausgeführt, bei 4 Erstgebärenden und 8 Mehrgebärenden. Resultate: Primäre Mortalität der Kinder = 0%. Mütterliche Mortalität $8^1/_3$% (Sepsis). Mütterliche Morbidität aus genitaler Ursache: 81%. $33^1/_3$% Frauen klagten noch $^1/_2$ Jahr nach der Operation über Gehstörungen. Drei Frauen machten nach der Operation 5 Spontangeburten durch, eine wurde durch Wendung aus Querlage, eine durch künstliche Frühgeburt entbunden. Die Hebosteotomie wird daher seit 1909 von Hofmeier nicht mehr geübt.

Cuny (5) berichtet über 8 Fälle von Beckenerweiterung auf 1389 Geburten bei engem Becken. In allen Fällen blieben die Kinder und Mütter am Leben. Zwei der letzteren trugen nach hoher Zange Inkontinenz (Blasenläsion), Gehstörungen und Scheidenprolaps davon. Die Hebosteotomie soll nur als äusserster Notbehelf dienen und dann angewandt werden, wenn das Missverhältnis zwischen Becken und Kopf unüberwindlich ist. Der prophylaktischen Hebosteotomie bringt

die von Herffsche Klinik wenig Vertrauen entgegen, da man nicht von vornherein sagen kann, die Geburt könne ohne Beckenerweiterung nicht vor sich gehen. Empfehlung der künstlichen Frühgeburt. Von 150 künstlichen Frühgeburten verliefen $87\,^0/_0$ spontan. $82\,^0/_0$ Kinder wurden lebend entlassen, zwei Mütter sind gestorben ($1{,}3\,^0/_0$).

Labhardt (17) vertritt den bekannten Standpunkt von Herffs, er lehnt die Hebosteotomie völlig ab.

Wallace (34) berichtet über zwei Fälle von Hebosteotomie. Indikation: Mässige Beckenverengerung, so dass bei Erweiterung der Conjugata vera um 1 cm der Kopf durchtreten konnte. Technik nach Döderlein. Während der Operation Rückenlage mit leicht abduzierten Darmschaufeln. Hinterher sofort Steinschnittlage und Forzeps. Beide Mütter und Kinder leben, glatter Wochenbettsverlauf.

Young (37) berichtet zwei Fälle von im Ausgang verengtem Becken; in einem wurde nach Hebosteotomie (nach Döderlein) bei Vorderhauptslage das Kind mit der Zange lebend entwickelt, im zweiten Fall der Part. praem. in der 37. Woche eingeleitet. Beide Fälle verliefen günstig für Mutter und Kind.

Mayer (22) beschreibt zwei Becken, die nach Hebosteotomie in ganz verschiedener und entgegengesetzter Weise sich verhalten haben.

Fall 1: Knöcherne Heilung nach der ersten Beckenspaltung; Gebärfähigkeit nicht verändert. Später erneute Beckenspaltung, bindegewebige Heilung, Dehnbarkeit des Beckens, Verbesserung der Gebärfähigkeit, Spontangeburt.

Fall 2: Zweimalige Beckenspaltung, jedesmal knöcherne Heilung. Nach der zweiten Operation ein stark ins Lumen vorspringender Kallus, Becken dadurch gegen früher noch mehr verengt, extraperitonealer Uterusschnitt.

Leider besitzen wir nach Mayer keinen Einfluss auf die Art der Heilung nach der Beckendurchsägung.

Wesenberg (36) demonstriert ein Becken, welches von einer $2^1/_2$ Jahre nach der Hebosteotomie verstorbenen Frau stammt. Das bei der Sektion ausgelöste Becken klaffte an der Sägestelle 1 cm breit; knöcherne Vereinigung war nicht eingetreten. Keine Gehstörungen. Im Anschluss an die Pubiotomie und $1^1/_2$ Jahre später Spontangeburt eines reifen Kindes. Ein Jahr darauf bei schwachen Wehen Spontanruptur des Uterus, an deren Folgen die Frau verstarb.

An der Hebammenlehranstalt in Hannover wurden 28 Hebosteotomien nach Bumm ausgeführt. Dreimal Scheidenrisse, die mit der Knochenwunde kommunizierten. Heilung ohne Störung. Von den Müttern ist keine gestorben. Sämtliche Wochenbetten ohne ernstliche Störung. 26 Kinder wurden lebend, 2 tot geboren. In den beiden letzten Fällen war die Hebosteotomie vor Eröffnung des Muttermundes und bei schlechten Wehen gemacht worden. Abgesehen von einem Fall, in dem es nach Vereiterung des Schamlippenhämatoms zu einer starken Kallusbildung kam und eine spätere Schwangerschaft durch Sectio caes. beendet werden musste, sind sämtliche spätere Geburten durch die Hebosteotomie günstig beeinflusst worden. Daher ist in letzter Zeit die Indikation zur Hebosteotomie viel weiter gezogen und auch bei hohem Fieber ohne Schaden vorgenommen worden.

In der Diskussion berichtet Rüder-Eppendorf über vier wiederholte Geburten nach Hebosteotomie, von denen drei spontan innerhalb 4—5 Stunden verliefen, während bei der vierten wieder Beckendurchsägung nötig wurde. Bei einer der ersteren blieb eine mit Röntgen festgestellte Knochenlücke von 2 cm ohne Gehstörung. Rüder zieht die Sect. caes. extraperit. der Hebosteotomie vor. Bei Hebosteotomie soll möglichst spontane Geburt abgewartet werden.

Stöckel (32) redet der Hebosteotomie das Wort. Sie ist ein viel kleinerer Eingriff als der extraperitoneale Kaiserschnitt, gestattet ein sehr viel längeres

Abwarten des Geburtsverlaufs und kann bei unreinen Fällen sehr viel unbedenklicher vorgenommen werden.

Jung (14) bevorzugt den extraperitonealen Kaiserschnitt, der technisch einfacher sei als die Hebosteotomie. Bei Fieberfällen seien beide abzulehnen.

Frey (11) zeigte ein pubiotomiertes Schambein: Frau 34 Jahre alt. 1908 Pubiotomie links. Sp. 25. Cr. 29. Tr. 31. Conj. ext. 17. Conj. diag. 9. Kind totgeboren. 1909 Pubiotomie rechts. Geburt spontan, Kind lebend. 1911 Querlage, Extraktion, Kind lebend. 1912 klassischer Kaiserschnitt. Resektion der Tuben. Drei Tage später Exitus an den Folgen von Anämie.

Rechtes Schambein mit kallusähnlicher Verdickung, linkes fibrös beweglich geheilt. Patientin hatte keine Gehstörungen.

X.

Gerichtsärztliche Geburtshilfe.

Referent: Prof. Dr. Stumpf.

a) Allgemeines.

1. *Alexander, S., Die Stellungnahme der Strafrechtskommission des Reichsjustizamtes zum ärztlichen Operationsrecht. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 1951.
2. Ascarelli, A., Compendio di medicina legale. Rom 1912.
3. Berufsgeheimnis, das ärztliche, nach amerikanischen Gesetzen. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 60. p. 1829. (In einer Revisionsverhandlung gegen einen wegen Fruchtabtreibung in erster Instanz verurteilten Arzt machte dieser dem zweiten Arzt den Vorwurf des Bruches der Schweigepflicht wegen seiner Aussagen als Zeuge; nach amerikanischem Gesetz ist aber die Zeugenaussage vor einem zuständigen Gericht keine unbefugte Offenbarung.)
4. Collie, J., Legal risks of medical examinations. Brit. Med. Journ. Bd. 2. p. 103. (Verurteilung eines Arztes wegen erzwungener Untersuchung einer Frau wegen Unfalls; Warnung vor Untersuchung einer Frau in Abwesenheit ihrer Angehörigen.)
5. Culbertson, H. E., Medical men and the law. A modern treatise on the legal rights, duties and liabilities of physicans and surgeons. Philadelphia u. New-York, Lea and Febiger.
6. Ebermayer, Rechtsfragen aus der ärztlichen Praxis. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 1212. (Tritt für die Straflosigkeit ärztlicher Eingriffe, sowie für die künstliche Aborteinleitung im Fall der Nothilfe ein.)
7. *Flachs, Die Berechtigung zur Einleitung der Fehlgeburt. Vogtländ. med. Ges. 3. Sitzg. Med. Klinik. Bd. 9. p. 1658.
8. *Gaupp, R., Das ärztliche Berufsgeheimnis gegenüber den Behörden. Med.-naturw. Verein Tübingen. Sitzg. vom 9. Juni. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 1914.
9. Giffen, G. H., und J. Dundas, Medical jurisprudence and public health. Edinburgh, W. Bryce.
10. Gordon, E. S., Responsabilities of obstetrician and ultimate results of faulty technic. Texas State Journ. of Med. Bd. 8. Nr. 9.
11. *Guggisberg, Geburtshilfe und Strafrecht. Bern, A. Francke.
12. *Haberda, A., Der Regierungsentwurf 1912 eines österreichischen Strafgesetzbuches. VIII. Tagung d. Deutsch. Ges. f. gerichtl. Med. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. u. öff. Sanitätswesen. 3. Folge. Bd. 45. 1. Suppl.-Heft. p. 68.
13. Hawthorne, C. O., Forensic medicine and toxoiclogy. 3. Aufl. New-York u. London. 1912. Longmans, Greene and Co.

14. *Kaestner, P., Der Arzt in der Rechtsprechung. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 304.
15. — Der Arzt in der Rechtsprechung. Ebenda. p. 873. (Bespricht die Frage, ob der Arzt den Kranken auf alle möglichen schädlichen Folgen einer Operation aufmerksam zu machen verpflichtet sei, was durch Reichsgerichtsentscheidung vom 1. März 1912 verneint wird.)
16. — Der Arzt in der Rechtsprechung. Ebenda. p. 2287. (Kasuistische Mitteilung über Operationen an Minderjährigen, Ausdehnung der Operation über den in Aussicht gestellten Umfang etc.)
17. Kratter, J., Lehrbuch der gerichtlichen Medizin. Stuttgart 1912. F. Enke. (Bespricht im speziellen Teile die fraglichen Geschlechtsverhältnisse, die Fortpflanzungsfähigkeit, die gesetzwidrige Geschlechtsbefriedigung, Schwangerschaft und Geburt, Fruchtabtreibung und Kindsmord.)
18. Kurella, H., Anthropologie und Strafrecht. Würzburg 1912. C. Kabitzsch. (Darstellung im Sinne Lombrosos.)
19. Leers, O., Gerichtsärztliche Untersuchungen. Ein Leitfaden für Mediziner und Juristen. Berlin, J. Springer.
19a. Lydston, F., Ist die Sterilisation bestimmt, eine soziale Drohung zu werden? Med. Record. Bd. 84. p. 846. (Fürchtet ein zu weitgehendes Entgegenkommen der Ärzte in bezug auf den Wunsch nach Sterilisation und dadurch die Gefahr der Verhinderung des Nachwuchses erwünschter Elemente durch das gleiche Mittel, mit dem er sich gegen den Nachwuchs unsozialer Elemente schützt.)
20. Marcus, Die Frage des Notstandes mit Beziehung auf die Ärzte. Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung, ref. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 2516. (Der Eingriff gegen den Willen der Gefährdeten bleibt auch gegenüber dem erweiterten Notstandsbegriff als Körperverletzung, Abtreibung etc. strafbar.)
21. *Meyerheim, F., Das ärztliche Berufsgeheimnis; sind Reformen zum § 300 des Strafgesetzbuches nötig? Halbmonatsschr. f. soz. Hyg. u. prakt. Med. 1912. Nr. 20.
22. *Odebrecht, Das ärztliche Berufsgeheimnis. Halbmonatsschr. f. soz. Hyg. u. prakt. Med. 1912. Nr. 21.
23. *Olshausen, Th., Ärztliche Eingriffe nach dem Entwurf des neuen deutschen Reichsstrafgesetzbuches. Med. Klinik. Bd. 9. p. 197.
24. Performance of operation on unconscious youth without any consent. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 61. p. 300. (Zurückweisung einer Klage wegen ungerechtfertigter Operation an einem verunglückten, bewusstlosen Minderjährigen; da die Operation auf Gutachten von vier Chirurgen für dringlich erklärt worden war, wird die Einholung der Zustimmung der Eltern für unnötig erklärt.)
25. Rapmund, O., und E. Dietrich, Ärztliche Rechts- und Gesetzeskunde. Leipzig, G. Thieme. (Zweite sehr bereicherte Auflage des bekannten Werkes.)
26. Ray, R. Ch., Outlines of medical jurisprudence and treatment of poisoning. Calcutta 1912. 2. Aufl.
27. *Rosenblat, Die Schwangerschaftsunterbrechung und das Strafgesetzbuch. Przegl. Lek. 1912. Nr. 21. Ref. Gyn. Rundschau. Bd. 7. p. 789.
28. *Rosenfeld, Die strafrechtlichen Grundlagen der Sterilisation. VIII. Tagung der deutsch. Ges. f. gerichtl. Med. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. u. öff. Sanitätswesen. 3. Folge. Bd. 45. 1. Supplementheft. p. 160.
29. Thoinot, L., Précis de médecine légale. Paris, O. Doin.
30. Walther, F., Muss der Arzt dem Patienten vor der Operation in vollem Umfange Aufklärung geben? Ärztl. Sachverständ.-Zeitg. Bd. 19. p. 264. (Die Frage wird im allgemeinen verneint. Der zugrunde liegende Fall betraf eine vaginale Exstirpation wegen Kollumkarzinoms, bei der der Arzt eine Operation von der Scheide aus, die er nicht näher bezeichnete, aber für deren Ausführung er sich freie Hand vorbehalten hatte, als dringlich vorgestellt und ausgeführt hatte; das Urteil nahm an, dass der Arzt das Einverständnis der Kranken voraussetzen konnte. Klage auf Honorarentrichtung und Widerklage auf Entschädigung für Beerdigungskosten, Verdienstentgang etc. wurden abgewiesen.)
31. Wermuth, W. S., Necessity of consent to operation. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 61. p. 382. (Vertritt die Notwendigkeit der Einwilligung der Kranken und bei Kindern die Einwilligung des Vaters; verlangt ausserdem eine Darlegung des Zwecks der Operation dem Kranken gegenüber.)

Nach Olshausen (23) stellt auch der Entwurf des neuen Deutschen Strafgesetzbuchs besondere Regeln über die Strafbarkeit des ärztlichen Eingriffes nicht auf, besonders nicht eine Bestimmung, die die Rechtswidrigkeit des Eingriffes ausschliesst. Jedoch wird in der beigegebenen Begründung ausdrücklich ausgesprochen, dass der Arzt, der infolge des ihm erteilten Heilauftrages innerhalb der Regeln der Kunst einen Eingriff ausführt, schon objektiv betrachtet nicht rechtswidrig handelt. Auch subjektiv handelt er ohne den Vorsatz der Körperverletzung, da dieser dem Vorsatz der Heilung direkt entgegengesetzt ist. Allgemein gültige Grundsätze, ob der Arzt innerhalb der Regeln der ärztlichen Kunst gehandelt hat, können im voraus nicht aufgestellt werden, sondern im Einzelfalle haben die Gerichte darüber zu entscheiden. Auch eine sofort notwendige Operation, zu der die Einwilligung nicht mehr eingeholt werden konnte, wird der Arzt unbesorgt vornehmen können, wenn er nach den Regeln der Kunst verfährt. Für die Fälle der Perforation des lebenden Kindes und die Unterbrechung der Schwangerschaft hat der Notstandsparagraph eine Erweiterung erfahren, wonach alle ärztlichen Eingriffe straffrei bleiben, die zur Rettung eines anderen unternommen werden.

Alexander (1) erörtert den Standpunkt der Strafrechtskommission des Reichsjustizamts bei Beratung des Vorentwurfs zum Reichsstrafgesetzbuch, welche in zweiter Lesung unter Ablehnung aller Sonderbestimmungen für Ärzte (auch der in erster Lesung beschlossenen Bestimmung bezüglich des ärztlichen Abortus) nur den Begriff der erweiterten Nothilfe annahm, die als vorliegend angenommen wird, wenn die Gefahr dem durch die Tat Verletzten selbst oder einem Dritten droht und der Täter zur Rettung des Gefährdeten, aber nicht gegen dessen Willen (nicht „mit seiner Einwilligung") handelt. Die Gefahr muss gegenwärtig sein, jedoch ist die einer Schwangeren erst durch die Entbindung drohende Gefahr nicht ausgeschlossen. Eine Operation gegen den ausgesprochenen Willen der Kranken kann als Körperverletzung strafbar werden.

Flachs (7) verteidigt die Berechtigung der ärztlicherseits eingeleiteten Fehlgeburt und erklärt unter Ablehnung der Aufnahme besonderer Gesetzesbestimmungen den erweiterten Notstandsbegriff für ausreichend. Die soziale Indikation wird verworfen.

Guggisberg (11) wünscht, dass der Artikel 25 des Entwurfs eines schweizerischen Strafgesetzbuches — die Tat, die eine Berufspflicht gebietet oder erlaubt, ist kein Verbrechen — für die Beurteilung des ärztlichen künstlichen Abortus, dessen Schutz keiner besonderen Bestimmungen bedarf, massgebend werde. Als eine der wichtigsten Massregeln gegen die Fruchtabtreibung wird weitherzige Auffassung des ärztlichen Abortus angeführt. Die Schwangere selbst soll mild, der professionelle Abtreiber dagegen streng bestraft werden. Auch die Perforation des lebenden Kindes braucht ebenfalls keiner besonderen Erwähnung im Strafgesetzbuch. Bei Operationen muss die Einwilligung des Kranken eingeholt werden, bei Bewusstlosigkeit aber ist dem Arzt die Entscheidung zu überlassen.

Aus dem von Haberda (12) besprochenen österreichischen Strafgesetzentwurf ist hervorzuheben, dass der Kindsmord, wenn aus den Motiven des Schamgefühls und der Not verübt, nur als Vergehen mit $^1/_2$ bis zu 5 Jahren Gefängnis bestraft wird; die Privilegierung des Kindsmords erstreckt sich auch auf eheliche Mütter (entgegen dem RStrGB.). Eine Strafbestimmung wegen Nichtanrufung sachkundiger Hilfe bei Überraschung durch die Geburt findet sich nicht mehr, wird aber von Haberda für wünschenswert gehalten.

Die Fruchtabtreibung wird für die Schwangeren selbst nur als Vergehen mit Gefängnis von drei Monaten bis zu drei Jahren, bei schwerer Notlage und Entehrung nur von zwei Wochen bis zwei Jahren, für den Helfer und Anstifter dagegen als Verbrechen mit 1—5 Jahren, bei wiederholter Abtreibung oder gegen den Willen der Schwangeren oder bei schweren Folgen für Gesundheit und Leben bis zu 10 Jahren Kerker bestraft und neben der Freiheitsstrafe mit Geldstrafe bis zu 2000 Kronen bedroht. Ankündigung von Mitteln und Anbietung zur Abtreibung wird bis zu sechs Monaten Gefängnis bestraft. Für den Versuch am untauglichen Objekt findet sich keine Bestimmung.

Für den Arzt ist ausdrücklich Straffreiheit bei Einleitung des Abortus ausgesprochen, jedoch mit ausdrücklicher Beschränkung, dass eine strenge Indikation wegen Lebensgefahr oder Gefahr andauernden schweren Schadens an der Gesundheit vorgelegen hat.

Für die wissentliche Übertragung einer Geschlechtskrankheit ist eine Strafe von vier Wochen bis zu drei Jahren angedroht; bei nicht wissentlicher Übertragung kann wegen fahrlässiger Beschädigung Bestrafung eintreten. Auch die Vorschubleistung zu einem ansteckenden Geschlechtsverkehr ist unter Strafe gestellt, ebenso die Ansteckung eines Kindes durch die Amme oder umgekehrt. Die eheliche Übertragung wird auf Privatklage verfolgt.

Die Bestrafung wegen ärztlicher Kunstfehler fällt unter die Bestimmungen über die fahrlässige Körperbeschädigung und Tötung und über die fahrlässige Gefährdung der

körperlichen Sicherheit. Eine ausdrückliche Bestrafung der fahrlässigen Verletzung des Kindes in der Geburt findet sich nicht.

Unter den Sittlichkeitsdelikten werden Notzucht (Erzwingung des aussereheliche Beischlafs durch direkte Gewalt oder durch Drohung mit Gewalt gegen die Person selbst oder gegen eine ihr nahestehende Person), Zwang und Nötigung zur Unzucht, Schändung (Beischlaf und Unzucht mit einer zum Widerstand unfähigen oder geistesschwachen Person), Missbrauch Unmündiger, Erschleichung des Beischlafs, Unzucht wider die Natur (Unzucht mit gleichgeschlechtlichen Personen), Blutschande, Unzucht mit Verwandten absteigender Reihe, Ausnutzung einer Vertrauensstellung, Verführung, Kuppelei, gewerbsmässige Förderung der Unzucht, Frauenhandel, öffentliche Verletzung der Sittlichkeit, Zuhälterei und Leichenschändung in verschiedener Weise mit Strafe bedroht.

Der ärztliche Eingriff zum Zweck der Heilung ist ausdrücklich nicht als Körperverletzung erklärt, dagegen kann eigenmächtige ärztliche Behandlung, aber nicht als Körperverletzung, sondern als Nötigung bestraft werden; als eigenmächtige Behandlung wird nicht Behandlung ohne Einwilligung, sondern Behandlung wider den Willen verstanden. Ein nicht zu Heilzwecken vorgenommener Eingriff ist auch bei Einwilligung strafbar, ebenso die Anwendung eines Mittels oder Verfahrens zum Zweck eines wissenschaftlichen Versuches.

Die Schweigepflicht wird auf die ärztlichen Hilfspersonen und auf die Studierenden der Medizin ausgedehnt.

Gewerbsmässige Arzt- und Hebammenpfuscherei wird mit Strafe bedroht.

Endlich findet sich eine Strafandrohung gegen den, der eine von ihm geschwängerte Person, welche infolge Schwangerschaft und Wochenbett nicht für sich zu sorgen vermag, der Not oder Hilflosigkeit preisgibt.

Rosenblat (27) verlangt ausdrückliche Straflosigkeitserklärung für den ärztlicherseits eingeleiteten Abort, jedoch unter Verwerfung der sozialen Indikation.

Rosenfeld (28) erklärt die rechtliche Deckung des Arztes bei der Vornahme der Sterilisation aus einer Heilindikation für zweifellos, nicht dagegen bei sozialer Indikation. Hierbei sind ausser den individuellen auch allgemeine Staatsinteressen im Spiele und es genügt deshalb die individuelle Einwilligung nicht, sondern es ist auch eine Einwilligung des Staates erforderlich. Eine Sterilisation zum Zweck der Verbrechensbekämpfung (wie in einigen Staaten der Union) wird zurückgewiesen.

In der Diskussion weist Haberda darauf hin, dass in Österreich der ärztliche Eingriff niemals als Körperverletzung angesehen wird, dass aber im neuen Strafgesetzentwurf die Körperverletzung mit Einwilligung dann mit Strafe belegt wird, wenn eine schwere Verletzung bewirkt wird, so dass dann die Sterilisation aus sozialer Indikation nicht straflos sein würde. Eine Sterilisation als Strafe verwirft Haberda aufs energischste. Aschaffenburg verteidigt als Psychiater die Berechtigung der Sterilisation aus psychischen Gründen, ebenso v. Sury, während Ungar und Ziemke vor zu weitgehenden Folgerungen nach der psychischen und sozialen Indikationsstellung hin warnen.

Meyerheim (21) erklärt das ärztliche Berufsgeheimnis lediglich gegenüber dem Kranken selbst für geltend, jedoch nach dem Tode desselben für erloschen, welch letzterer Satz von Odebrecht bestritten wird, weil auch nach dem Tode die Ehre, besonders die Geschlechtsehre, durch eine Aussage des Arztes verletzt werden kann. Die von Odebrecht behauptete Vererbbarkeit des Strafantragrechtes wird von Meyerheim bestritten. Die Aussagen des Arztes bei Einklagung seiner Honorarforderung werden von Meyersheim nicht als unbefugte Offenbarung anerkannt.

Gaupp (8) erklärte die ärztliche Schweigepflicht für eine Sache von so sehr vordringlichem und allgemeinem Interesse, dass sie eine absolute Verpflichtung ist, und es wird für untunlich erklärt, dass die Entscheidung, ob die Schweigepflicht durchbrochen werden darf, in das Ermessen des einzelnen Arztes gestellt wird. In Fällen ernster sittlicher Konflikte soll der Arzt, wenn er glaubt, die Schweigepflicht verletzen zu müssen, dies mit vollem Bewusstsein der Rechtswidrigkeit tun und die zweifellos leichte Strafe auf sich nehmen. Eine unbestimmte Gesetzesauslegung oder Gesetzesformulierung ist zu verwerfen.

Kaestner (15) erwähnt eine gerichtliche Entscheidung, nach der der Arzt bei minderjährigen Kranken der Einwilligung des Kranken selbst zu einer Operation bedarf, sofern dieser nach Verstandesreife und körperlicher Entwickelung als selbständig und verfügungsfähig anzusehen ist.

Ferner wird eine Entscheidung erwähnt, wonach gelegentliche Gehilfen des Arztes, z. B. dessen Ehefrau, zur Zeugnisverweigerung berechtigt sind.

b) Impotenz und Sterilität.

1. *Almann, Pseudohermaphroditismus masculinus externus. Geb. Ges. Hamburg. Sitzg. vom 18. Febr. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 738.
2. Bassani, Vollständiger Mangel der Vagina. Ginec. Bd. 9. Nr. 20.
3. *Benda, C., Pseudohermaphroditismus femininus externus (Pseudarrhenie). Berl. med. Ges. Sitzg. vom 5. Nov. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 2377.
4. *Blumberg, Neue Operation zur Sterilisierung des Weibes mit Möglichkeit der späteren Wiederherstellung der Fruchtbarkeit. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 729 u. 456.
5. Bromann, J., Geschlechtliche Sterilität und ihre Ursachen, nebst einem Anhange über künstliche Befruchtung bei Tieren und Menschen. Wiesbaden 1912. J. F. Bergmann. (Besprechung der Möglichkeit und Anwendbarkeit der künstlichen Befruchtung.)
6. *Dostal, Pseudohermaphroditismus externus femininus. Časopis lék. česk. Nr. 35. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 2211.
7. *Fraenkel, Über Zwitterbildungen. 85. Vers. deutsch. Naturf. u. Ärzte. Abt. f. Psychiatrie u. gerichtl. Med. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 2310.
8. French, H., Adrenal hypernephroma in a young girl, with precocious development of sexual characteristics. Guys Hosp. Reports. Ref. Lancet. Bd. 1. p. 406. (Frühzeitige Entwickelung des Haarwuchses und der Genitalien mit Hypertrophie der Klitoris bei einem $6^1/_2$jährigen Mädchen mit Nebennierentumor; innere Genitalien normal.)
9. Gerdes, J. U., Fall von Pseudohermaphroditismus femininus externus. Hospitalstid. Nr. 47. (Sektionsbefund.)
10. *Gerngross, L., Sterilisation und Kastration als Hilfsmittel im Kampfe gegen das Verbrechen. München, J. F. Lehmann.
11. Glynn, E., und J. T. Hewetson, Adrenal hypernephroma in adult female associated with male secondary sex characters. Journ. of Path. and Bact. Cambridge. Bd. 18. Nr. 1. (Betonen bei Nebennierengeschwülsten das Vorkommen sekundärer männlicher Geschlechtscharaktere besonders bei erwachsenen Frauen vor der Menopause.)
12. Goldstein, Erkrankungen der Drüsen mit innerer Sekretion. Verein f. wissensch. Heilk. Königsberg. Sitzg. vom 28. Okt. 1912. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 43. (Vier Fälle von Eunuchoiden, darunter ein Mädchen mit genitalem Infantilismus.)
13. *Goullioud, Hermaphrodisme androgynoïde réconnu à l'occasion d'une cure radicale de hernie. Soc. de chir. de Lyon. Sitzg. vom 6. März. Revue de Chir. Bd. 48. p. 130.
14. Gross, H., Zur Frage der Kastration und Sterilisation. Gross' Arch. Bd. 51, p. 316. (Spricht sich sehr dringend für die Kastration bzw. Sterilisation unverbesserlicher Elemente unter den kriminellen Jugendlichen aus.)
15. Grünbaum, Pseudohermaphroditismus externus und internus (masculinus?) und Hypospadia peniscrotalis in sinu urogenitali und Anus vestibuloperinealis. Nürnberger med. Ges. u. Poliklinik. Sitzg. vom 9. Jan. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 1178. (Demonstration.)
16. *Grüneberg, Pseudohermaphroditismus masculinus. Ärztl. Verein Altona. Sitzg. vom 19. März. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 1515.
17. Hamm, A., Die Indikationen zur Sterilisation des Weibes. Med. Klinik. Bd. 9. p. 1422. (Übersichtsreferat.)
18. *Hegar, A., Beitrag zur Frage der Sterilisierung aus rassenhygienischen Gründen. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 243.
19. *Hegler, Weiblicher Bartwuchs. Ärztl. Verein Hamburg. Sitzg. vom 11. Febr. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 436.
20. Hildebrand, Männlicher Scheinzwitter. Ärztl. Verein Marburg. Sitzg. vom 8. Febr. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 955. (Demonstration.)
21. Hirsch, M., Über die rassenhygienische Indikation in der gynäkologischen Praxis. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. p. 561. (Tritt für die Sterilisation aus rassenhygienischen — oder besser „eugenischen" — Gesichtspunkten ein.)
22. *Hoehne, Experimentelle Untersuchungen über das Schicksal arteigener und artfremder Spermatozoen im weiblichen Genitalapparat und in der Bauchhöhle. Verhandl. d. Deutsch. Ges. f. Gyn. XV. Kongr. Leipzig. p. 514.
23. *Hofstätter, Fall von Sexus anceps. Geb.-gyn. Ges. Wien. Sitzg. vom 10. Dez. 1912. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 905.

24. Hofstätter, R., Unser Wissen über die sekundären Geschlechtscharaktere. Zentralbl. f. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 16. Nr. 2/3. (Zusammenfassendes Übersichtsreferat.)
25. *Jacobson, M. u. K., Betrachtungen zur künstlichen Befruchtung. Ärztl. Sachverständ.-Zeitg. Bd. 19. p. 58.
26. *Keller, R., Keimdrüsentumoren bei einem Pseudohermaphroditen. Arch. f. Gyn Bd. 101. p. 188.
27. Kocks, J., Fall von offenem Urachus im Tierreiche, der als Zwitterbildung gedeutet wurde. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 1220. (Irrige Auffassung eines offenen Urachus beim Rinde als echte Zwitterbildung.)
28. *Kuestner, O., Pseudohermaphroditismus femininus externus. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 73. p. 816.
29. Lamb, D. S., Hermaphroditism, specimens. Washington Med. Annals. Bd. 12. Nr. 3.
30. Leo, Fall von Pseudohermaphroditismus femininus tubularius externus secundarius. Med. Ges. Magdeburg. Sitzg. vom 11. April 1912. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 104. (Beschreibung eines schon von Asch veröffentlichten Falles mit gleichzeitiger Frühreife. Siehe Jahresber. Bd. 25, p. 823.)
31. *Leonard, V. N., The difficulty of producing sterility by operations on the Fallopian tubes. Amer. Journ. of Obst. Bd. 67. p. 443.
32. Maas, O., Mann mit sehr stark entwickelten Brüsten. Berl. Ges. f. Psych. u. Nervenkrankh. u. Wissensch. Ärzteverein Stettin. Sitzg. vom 7. Jan. Sitzg. vom 9. Dez. 1912. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 230 u. 423. (81 jähriger Mann, schwache Behaarung, kleine Hoden, keine Anomalie des Nervensystems.)
33. *Mackenrodt, Zur Frage der künstlichen Tubensterilisation. Ges. f. Geb. u. Gyn. Berlin. Sitzg. vom 22. Dez. 1912. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 73. p. 302.
34. Macnaughton-Jones, H., Complete absence of the internal genitalia. R. Soc. of Med. Sect. of Obst. and Gyn. Sitzg. vom 9. Okt. Lancet. Bd. 2. p. 1189. (Rudimentäre Scheide und Uterus, Fehlen der Adnexe; 27 jähriges Mädchen.)
35. Martin, C., Case of Pseudohermaphroditism. Journ. of Obst. and Gyn. of Brit. Emp. Bd. 23. Nr. 3.
36. *Mills, W. S., An hermaphrodite? New York Med. Journ. Bd. 97. p. 114.
37. Mohr, Pseudohermaphroditismus masculinus externus. Ärzteverein Halle. Sitzg. vom 15. Jan. Med. Klinik. Bd. 9. p. 389. (Sechsjähriges frühreifes Kind, zugleich mit Status thymico-lymphaticus und Hyperplasie der Tonsillen und der Milz.)
38. — Genitaler Infantilismus mit doppelseitiger Speicheldrüsenschwellung. Ärzteverein Halle. Sitzg. vom 15. Jan. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 610.
39. *Moriani, G., Reperto istologico di testicolo in un caso di pseudo-ermafroditismo. Acc. med.-fis. Fior. Sitzg. vom 5. Dez. 1912. Clin. chir. Nr. 2. p. 465.
40. Müller-Schürch, E. H., Kastration und Sterilisation aus sozialer Indikation. Zeitschrift f. d. ges. Staatswissensch. Bd. 33. p. 611. (Tritt bei gegebener strenger — sozialer — Indikation für Sterilisation und künstlichen Abort ein.)
41. *v. Neugebauer, 21 jähriges Mädchen von fraglichem Geschlecht, welches männlichen Geschlechtstrieb besitzt und Änderung der Matrik verlangt. Przegl. chir. i gin. Bd. 6. p. 362. Ref. Gyn. Rundschau. Bd. 7. p. 786.
42. Oberholzer, E., Eigentumsdelikte und Sexualität. Arch. f. Kriminalanthropologie und Kriminalistik. Bd. 50. (Vier Fälle von schweren Eigentumsverbrechen auf sexueller Grundlage; Kastration auf Wunsch der Individuen selbst führte zu erheblicher Besserung.)
43. *— Kastration und Sterilisation von Geisteskranken in der Schweiz. Inaug.-Diss. Zürich 1912.
44. *Oliver, P., A case of pseudohermaphroditism. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 60. p. 825.
45. Olshausen, J. v., Kastration und Sterilisation in sozialpolitischer Beleuchtung. Med. Klinik. Bd. 9. p. 1706. (Verlangt vor Einführung einer solchen Massregel noch zuverlässige Feststellungen über die Vererbbarkeit krankhafter und verbrecherischer Anlagen und ist kein grundsätzlicher Gegner der Einführung der Kastration und Sterilisation vom rassenhygienischen Standpunkt.)
46. *Olshausen, Th., Künstliche Befruchtung und Vaterschaft. Med. Klinik. Bd. 9. p. 607.
47. Pellegrini, Uterus mit zwei Tuben und zwei Testikeln im Bruchsack bei einem Individuum mit normalen männlichen äusseren Genitalien. Ginec. Bd. 10. Heft 5. Ref.

Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 252. (26 Monate altes Kind; die Diagnose auf Hoden wurde auch histologisch sichergestellt.)

48. Pertik, Demonstration eines Hermaphroditen. Ges. d. Spitalärzte. Budapest. Sitzg. vom 28. Jan. Gyn. Rundschau. Bd. 7. p. 51.

49. Pick, L., Wahrer Hermaphroditismus des Menschen und der Säugetiere. Berl. med. Ges. Sitzg. vom 22. u. 29. Okt. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 2223 u. 2269. (Erörterung der Entstehung und Unterscheidung der Geschlechtsmerkmale nach der Pollschen Einteilung; Landau teilt in der Diskussion einen Fall von Ovariotomie mit, in welchem in dem exstirpierten Ovarium eine Hodeneinsprengung gefunden wurde; Poll erklärt, dass Zwittrigkeit eine Familieneigentümlichkeit sein kann.

50. Plaintiff declared barren, afterward giving birth to child. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 61. p. 1563. (Das ärztliche Gutachten bezüglich der Klägerin lautete auf Unfruchtbarkeit durch Eisenbahnunfall, da eine Operation nötig geworden war, bei der beide Tuben das eine Ovarium ganz und das andere teilweise exstirpiert wurden. Kurz nach Zuspruch der Entschädigungssumme wurde die Klägerin schwanger und die Eisenbahngesellschaft stellte Gegenklage.)

51. Prince, E. M., Uterusmissbildungen. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 60. Nr. 3. (Fehlen des Uterus bei Vorhandensein eines Ovariums und beider Testikel, daher als wahrer Hermaphroditismus aufgefasst.)

52. Schnock, Über Schwangerschaft bei primärer Amenorrhoe. Ges. f. Geb. u. Gyn. Cöln. Sitzg. vom 12. Febr. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Ergänzungsheft. p. 338. (Konzeption bei einem bisher nicht menstruierten 18jährigen Mädchen, das an periodischer Epistaxis litt.)

53. Schultze, E., Die Strafe der Kastrierung. Zeitschr. f. d. ges. Rechtswissenschaft. Bd. 34. Heft 6. (Lehnt dieses in sechs Staaten der Union eingeführte Strafmittel als barbarisch ab.)

54. *Stadler, Pseudohermaphroditismus. Vogtländ. med. Ges. Plauen. Sitzg. vom 10. April. Med. Klinik. Bd. 9. p. 1518.

55. Staniszewski, Defekt der Scheide und der inneren Genitalien bei einer acht Jahre verheirateten Frau. Przegl. chir. i gin. Bd. 5. Heft 1. Ref. Gyn. Rundschau. Bd. 7. p. 34.

56. *Sterner, E. G., Schwangerschaft nach Unterbindung der Tuben. St. Paul Med. Journ. Mai. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 1312.

57. Tandler, J., und S. Grosz, Die biologischen Grundlagen der sekundären Geschlechtscharaktere. Berlin, J. Springer. (Eingehende Abhandlung; die sekundären Geschlechtsmerkmale wurden primär als Systemmerkmale, in letzter Linie als Folge des harmonischen Zusammenwirkens der Drüsen mit innerer Sekretion gedeutet.)

58. Waldeyer, W., Das Skelett eines Scheinzwitters. Sitzungsber. d. k. preuss. Akademie d. Wissensch. Sitzg. vom 17. April. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 957. (Das Skelett eines Pseudohermaphroditismus femininus externus weist zum Teil männliche, zum Teil weibliche Charaktere und ausserdem eine Anzahl primitiver Entwickelungszustände auf.)

59. Weygandt, 20jähriges 136 cm grosses Mädchen mit infantilen Genitalien. Ärztl. Verein Hamburg. Sitzg. vom 8. April. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 850.

60. *Winter, Pseudohermaphroditismus masculinus externus. Verein f. wissensch. Heilk. Königsberg. Sitzg. vom 9. Dez. 1912. Med. Klinik. Bd. 9. p. 152.

61. *Woolsey, G., Undescended testis in a hermaphrodite. New York Surg. Soc. Sitzg. vom 12. März. Annals of Surg. Bd. 58. p. 400.

62. Zarnik, B., Über die Entstehung des Hermaphroditismus. Physik.-med. Ges. Würzburg. Sitzg. vom 5. Juni. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 6. p. 1575. (Physiologische Untersuchungen.)

63. *Zurhelle, Erreur de sexe infolge von Hypospadiasis peniscrotalis. Niederrhein. Ges. f. Natur- u. Heilk. Sitzg. vom 19. Mai. Med. Klinik. Bd. 9. p. 1182. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 1312.

Zweifelhafte Geschlechtszustände.

Fraenkel (7) verlangt, dass man bei unsicherem äusserem Geschlechtsbefunde das Urteil auf somatisch-psychischer Grundlage fällen soll; er glaubt, dass beim Hoden und wahrscheinlich auch beim Ovarium die sekundären Geschlechtsmerkmale von dem Zwischengewebe durch innere Sekretion beeinflusst werden, nicht aber von den Keimzellen selbst.

Almann (1) fand bei einem als Mädchen aufgezogenen Individuum, das nach Pubertätseintritt sekundäre männliche Geschlechtsmerkmale zeigte, bei Bauchoperation Hodengewebe.

Goullioud (13) fand bei einer Bauchoperation bei einer 38jährigen „Frau", die niemals menstruiert hatte, eine mediane Zyste mit zwei Keimdrüsen, die sich als Hoden erwiesen.

Grüneberg (16) beschreibt einen zweifellos männlichen Scheinzwitter mit rechts aus der Öffnung des Leistenringes zeitweilig vortretendem Testikel, linksseitigem Kryptorchismus, rudimentärem Penis und Skrotalspalte, in die sich die stark erweiterte, fast bis zum Anus reichende Urethralmündung öffnet. Der Fall war als weiblich in die Register eingetragen worden.

Moriani (39) beschreibt einen Fall von Pseudohermaphroditismus, bei welchem der ganze tubuläre Teil der Geschlechtsorgane weiblich, dagegen die in den Leistenkanälen liegenden Keimdrüsen männlich waren, jedoch mit reichlicher interstitieller Proliferation und deutlicher Atresie der Samenkanälchen infolge fehlender Funktion. Die sekundären Geschlechtsmerkmale waren weiblich, ebenso die Psyche.

v. Neugebauer (41) beschreibt ein 21jähriges als Mädchen erzogenes Individuum mit nicht nachweisbaren Geschlechtsdrüsen, erektilem Penis und peniskrotaler Hypospadie ohne Vagina. Im Ejakulat waren Spermatozoiden nicht zu finden. Wegen seit dem neunten Lebensjahre vorhandener und ausgesprochen männlicher Triebe wäre Änderung der Matrikel wünschenswert.

Oliver (44) beschreibt ein Kind von vier Jahren mit völlig normaler, weiblicher Bildung der äusseren Genitalien. Vom zweiten Jahre entstand rechts, später links ein Leistenbruch, bei deren Operation beiderseits ein Hoden gefunden wurde.

Stadler (54) beschreibt einen 35jährigen Mann mit Hypospadie und unvollkommener Dammbildung, aber Penis und Hoden an normaler Stelle. Die sekundären Geschlechtsmerkmale sind männlich, eine Prostata ist nicht fühlbar, Libido soll fehlen, ebenso Erektionen und Pollutionen. Bis zum 18. Lebensjahre galt das Individuum als weiblich.

Winter (60) beschreibt ein 19jähriges verlobtes „Mädchen" von durchaus weiblicher äusserer Bildung und normal gebildeten äusseren Genitalien, dagegen nur 3 cm langer, blinder Scheide und Fehlen des Uterus und der Adnexe. In der Leistengegend fand sich jederseits ein Hoden (Probeinzision und Exzision). Die sexuelle Psyche ist ausgesprochen weiblich.

Woolsey (61) beschreibt ein 24jähriges, als Mädchen erzogenes Individuum mit weiblicher Bildung der äusseren Genitalien, aber grosser Klitoris, ferner blind endigender Scheide ohne Nachweisbarkeit eines Uterus, Beiderseits von der Scheide waren strangförmige Gebilde und rechts ein Körper, ähnlich einer Keimdrüse zu fühlen. Aus einer linksseitigen Leistenhernie wurde ein kleiner unentwickelter Hoden entfernt und der Bruchsack enthielt ein Vas deferens. Die äusseren Geschlechtsmerkmale waren männlich, die Mammae fehlten.

Zurhelle (63) beschreibt eine niemals menstruierte 57jährige „Frau" mit gespaltenem Skrotum und deutlich tastbaren Hoden in beiden Hälften; der kleine hypospadische Penis zeigte an der Wurzel eine vielleicht durch Kohabitationsversuche erweiterte Harnröhrenmündung, eine Erektion sei nie vorhanden gewesen, wohl aber Ejakulationen. Die sekundären Geschlechtscharaktere sind grösstenteils männlich, besonders ist Bartwuchs vorhanden, nur die Brüste sind angedeutet. Das Individuum war das erste Mal 8, das zweite Mal 15 Jahre lang, jedesmal mit Witwern verheiratet.

Benda (3) fand bei der Sektion eines zwei Monate alten „Knaben" ein leeres Skrotum, durchbohrten Penis, die Urethra mit Schwellkörpern umgeben, eine am Colliculus seminalis beginnende Scheide, daneben eine Prostata, innen normalen Uterus mit Ovarien, ausserdem enorm entwickelte Nebennieren. In der Diskussion erwähnt P. Fränkel einen weiblichen äusseren Pseudohermaphroditen mit ebenfalls bedeutender Hyperplasie der Nebennieren.

Dostal (6) fand bei der Sektion eines siebenjährigen Mädchens die inneren Genitalien in richtiger Lage, äusserlich starke Haarentwickelung mit gut entwickeltem undurchbohrtem Penis und sonst guter Entwickelung der äusseren weiblichen Genitalien.

Kuestner (28) beschreibt einen 37jährigen weiblichen Scheinzwitter mit 5 cm langer undurchbohrter Klitoris, nach oben stenotischer Scheide und einem myomatösen Uterus, der nach der Exstirpation normale Eileiter und ausgebildete Ovarien mit geringer Zahl von Primärfollikeln und fehlenden Corpora lutea, aber deutlichen Corpora albicantia aufwies. Die sekundären Geschlechtsmerkmale waren überwiegend männlich. Von 10 Geschwistern des Individuums sollen zwei ebenso abnorm gebaut gewesen sein.

Hegler (19) fand bei einer an Tuberkulose und Amyloid gestorbenen 32jährigen Frau, die seit dem Eintritt der Menses üppigen Bartwuchs zeigte, bei der Sektion ein stark entwickeltes Epoophoron.

Hofstätter (23) beschreibt ein 18jähriges „Mädchen“ mit fast durchweg männlichen sekundären Geschlechtsmerkmalen, eine Hypospadia peniscrotalis mit 8 cm langem, gekrümmten Glied, einer blindsackförmigen Scheide und in beiden Leistenkanälen kirschgrosse, hodenähnliche Körper. Innere Genitalien oder Prostata waren nicht nachzuweisen. Libido, Erektionen und Pollutionen fehlen, dagegen sind Lebensgewohnheiten und Charakterzüge rein weiblich. Das Geschlecht lässt sich nicht sicher bestimmen, ist aber wahrscheinlich männlich.

In der Diskussion betont Wertheim die Schwierigkeit der Geschlechtserkennung auch auf dem Wege der Operation und führt zwei Fälle an, in deren einem (sechsjähriges Kind) auf Grund eines gefundenen normal grossen Uterus und normaler Adnexe mit als Ovarien anzusehenden Keimdrüsen die Amputation der Klitoris und die Spaltung der Raphe vorgenommen wurde — wahrscheinlich irrigerweise; im zweiten Falle ergab die Operation kein entscheidendes Resultat. Wertheim erklärt es ferner für verfehlt, einer sich als Weib fühlenden Person ein anderes Geschlecht aufzudrängen; es soll abgewartet und eventuell durch Operation die Möglichkeit der Kohabitation hergestellt werden.

Keller (26) beschreibt ein als Mädchen aufgewachsenes Individuum mit penisähnlicher, aber nicht durchbohrter Klitoris und einer 6 cm langen, blind endigenden Scheide ohne fühlbare innere Genitalien. Ein Doppeltumor im Becken und Unterbauch erwies sich bei der Exstirpation und nach der mikroskopischen Untersuchung als ein von den Keimdrüsen ausgehendes alveoläres Karzinom. Bei der Operation fand sich beiderseits eine Tube. Von den sekundären Geschlechtsmerkmalen war die Schambehaarung, das Becken und die Stimme weiblich, der Thorax männlich, die Brüste fehlten, ebenso der Bartwuchs. Ejakulationen fehlten, ebenso Anzeichen von Menstruation oder Molimina; eine geschlechtliche Betätigung hat niemals stattgefunden, jedoch soll Hinneigung zu Frauen bestehen. Das Geschlecht war nicht festzustellen, da Anzeichen von Ovarial- und Hodengewebe fehlten.

Mills (36) beschreibt ein „Mädchen“ mit penisartigem, undurchbohrtem Glied und Abwesenheit eines Skrotums und grosser Labien, unter dem Glied war die Mündung der Harnröhre und der Eingang in eine enge rudimentäre Scheide sichtbar, an deren Ende eine kleine Hervorragung ohne Öffnung gefühlt wurde. Geschlechtsdrüsen konnten nicht nachgewiesen werden. Die obere Körperhälfte war vollkommen männlich gebildet, die Stimme tief; die Schambehaarung von vorne gesehen zeigte weiblichen Typus, dagegen war die Umgebung der Genitalien sehr dicht behaart. Menstruation war niemals vorhanden gewesen und das Individuum war epileptisch.

Berechtigung der Sterilisierung.

Blumberg (4) tritt für die Berechtigung der operativen Sterilisierung ein und gibt eine Methode an, die eine spätere Wiederherstellung der Konzeptionsfähigkeit erlaubt und in Einnähung des Ovariums an der Hinterfläche des Uterus in eine aus dem Lig. latum gebildete Tasche besteht. In der Diskussion äussert Gottschalk die Befürchtung, dass solche Ovarien allmählich degenerative Veränderungen erfahren.

Mackenrodt (33) bespricht die verschiedenen in Scheide und Uterus eingelegten konzeptionsbehindernden Instrumente und erklärt die letzteren alle für unnötig und schädlich, weil sie Entzündungen im Uterus und an den Adnexen bewirken. Im Anschluss an einen Fall, in welchem nach Exstirpation einer extrauterinen Schwangerschaft auf einer Seite und Abquetschung und Lagerung der Tuben auf der anderen Seite wieder Tubenschwangerschaft eingetreten ist, erklärt er die Tubenunterbindung zur Sterilisierung für ungenügend und nur die Tubenexstirpation für zweckentsprechend. In der Diskussion erklären Falk und Saniter die intrauterinen, konzeptionsbehindernden Mittel eigentlich für abortive Mittel und Falk spricht sich für strafrechtliche Verfolgung ihrer Anwendung aus.

Leonard (31) betont, dass keines der Verfahren der Unterbindung oder Resektion der Tuben mit oder ohne Versenkung der Stümpfe die Sterilisation sicher herbeiführt.

Sterner (56) beobachtete nach Tubenligierung und Resektion eines 4 cm langen Tubenstücks doch wieder Eintritt von Schwangerschaft und bei der Laparotomie fand sich die linke Tube bis auf eine leichte Einschnürung wieder normal aussehend.

Oberholzer (43) tritt für Kastration und Sterilisation (bisher an 15 Frauen und vier Männern ausgeführt) bei intellektuell und moralisch defekten schweren Psychopathen

ein, um eine minderwertige Nachkommenschaft zu vermeiden. Zur Operation wird die Einwilligung der Behörden, des Vormundes und der Kranken selbst verlangt.

A. Hegar (18) verwirft die Sterilisation aus sozialen und aus kriminellen, rassenhygienischen Gründen.

Gerngross (10) dagegen befürwortet die Einführung nicht der Kastration, sondern der Sterilisation und nicht als Strafmittel, sondern als Sicherheitsmittel bei erblich veranlagten Verbrechern, Imbezillen, Epileptikern, Geisteskranken, erfolglos behandelten Trinkern und allen hochgradig geistig Defekten.

Befruchtung.

Hoehne (22) glaubt aus Versuchen schliessen zu können, dass die Spermatozoiden im Corpus uteri und in der Tube, ganz besonders aber in der Bauchhöhle erheblich kürzer am Leben bleiben als bisher angenommen wurde, weil sie der Phagozytose unterliegen. Es ist aber fraglich, ob das Ergebnis dieser Versuche (z. B. Spermainjektion in die Bauchhöhle einer lebenden, aber lebensunfähigen Frucht) ohne weiteres auf den erwachsenen Menschen übertragen werden dürfen.

M. und K. Jacobson (25) erörtern die aus künstlerischer Befruchtung etwa sich ergebenden Rechtsstreitigkeiten bezüglich Ehelichkeit und Erbberechtigung der etwa erzielten Kinder. Sie kommen zu dem Schlusse, dass die künstliche Befruchtung nur durch Ärzte ausgeführt werden darf, dass ein Arzt nie eine zweite künstliche Befruchtung vornehmen darf, bevor nicht die erste völlig zu Ende geführt ist (wegen der etwa möglichen Verwechselung der Spermata) und dass er einen zu diesem Zweck zurückbehaltenen Samenrest sofort nach dem Eingriff auf die Lebensfähigkeit der Spermatozoen untersuchen soll unter protokollarischer Niederlegung des Befundes und des Personals der beteiligten Patienten.

Olshausen (46) bestreitet die von M. und C. Jacobson gezogenen Folgerungen und lehnt die Möglichkeit einer Alimentationspflicht des Arztes ab, glaubt aber, dass bei grober Fahrlässigkeit des Arztes der unterhaltspflichtige Vater Regressansprüche an ihn habe.

---

c) Virginität, Sittlichkeitsdelikte.

1. *Abels, A., Arzneimittel zur Erregung des Geschlechtstriebes. I. Kanthariden. Arch f. Krim.-Anthropologie u. Kriminalistik. Bd. 50. Heft 3/4.
2. Barnett, N., Vulvovaginitis in young children. New York Ac. of Med. Sitzg. vom 13. Mai. Med. Record. Bd. 84. p. 777. (Hebt die häufige Verbreitung in Hospitälern, Schulen, Anstalten etc. hervor.)
3. *Baumgart, G., und R. Beneke, Vierjährige Amenorrhoe nach Atmokausis; ausgetragene Gravidität, Geburtsbeendigung durch Entfernung des graviden Uterus. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. p. 635.
4. Berg, Nekrophilie oder Leichenschändung im epileptischen Dämmerzustand? Zeitschrift f. Med.-Beamte. Bd. 26. p. 681. (Aufgraben des Grabes eines durch Erschiessen verunglückten jungen Mädchens, Aufsprengen des Sarges, Abschneiden der linken Mamma und der Geschlechtsteile seitens eines 54 jährigen Mannes von verkehrtem geschlechtlichen Empfinden und wahrscheinlich vorübergehenden Bewusstseinsstörungen, wohl epileptischer Natur.)
5. *Bondareff, P. G., Zur Ätiologie der Verletzung der Vagina sub coitu. Shurn. akusch. i shensk. bolesn. 1912. Ref. Gyn. Rundschau. Bd. 7. p. 906.
6. *Bonney, V., Rupture of the vagina during coitus. Arch. of the Middlesex Hosp. Dez. 1912. Ref. Lancet. Bd. 1. p. 769.
7. *Brandweiner, A., Die Vakzinebehandlung der Gonorrhoe. Med. Klinik. Bd. 9. p. 1763.
8. *Brodfeld, E., Über den Heiratskonsens bei Geschlechtskranken. Med. Klinik. Bd. 9. p. 379.
9. — Harnröhrenentzündungen nichtgonorrhoischer Natur. Med. Klinik. Bd. 9. p. 220. (Zählt als Ursachen chemische Agentien, traumatische und thermische Einflüsse, Ulcus molle und Ulcus durum, endlich Urorrhoea ex libidine auf.)
10. *Bruck, C., Neue therapeutische und diagnostische Methoden bei Gonorrhoe und ihren Komplikationen. Schles. Ges. f. vaterländ. Kultur. Sitzg. vom 17. Okt. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 2575.

11. *Bruck, C. und A. Sommer, Über die diagnostische und therapeutische Verwertbarkeit intravenöser Arthigoninjektionen. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 1185.
12. *Buecheler, Schwangerschaft ohne Defloration. Mittelrhein. Ges. f. Geb. u. Gyn. Sitzg. vom 17. Nov. 1912. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. p. 383.
13. Chotzen, Sexuelle Erziehung — eine Notwendigkeit. Hygiene. 1912. Nr. 18. (Verlangt methodische Aufklärung von früher Jugend auf.)
14. *Cunningham, J. H., The importance of venereal disease. Boston Med. and Surg. Jorun. Bd. 168. p. 77.
14a. Dalsjö, O., Spermatozoen im Uterusschleim erwiesen. Allmanna Svenska Läkartidningen. Nr. 46. (In einem Falle von strafbarem Beischlaf mit einer geisteskranken Frau wurden, trotzdem Menstruation vorhanden war, Spermatozoen im Uterusschleim erwiesen, während die Probe aus Vagina negativ ausfiel. Die Untersuchung zwang den Straffälligen, sein Verbrechen zu gestehen.) (Silas Lindquist.)
15. Dervieux, F., und J. Leclercq, Le diagnostic des taches en médecine légale. Paris 1912. J. B. Baillière et Fils. (Behandelt den Nachweis von Blut-, Sperma-, Milch-, Mekonium- und Kotflecken, über dessen in Journalen veröffentlichte Methoden in diesem Jahresbericht schon berichtet wurde.)
16. *Dimitrijew, J., Die Kutireaktion bei Gonorrhoe. Wratsch. Gaz. Nr. 13. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 16. p. 1623.
17. *Döllner, Spermanachweis. Zeitschr. f. Med.-Beamte. Bd. 26. p. 912.
18. *de Dominicis, A., Neuer Spermanachweis in Flecken. Arch. intern. de méd. lég. Bd. 3. p. 388.
19. — Nachweis von Sperma mit Goldbromid. Morgagni. 1912. p. 78. (Siehe Jahresbericht Bd. 26, p. 820.)
20. *Dyrenfurth, F., Zum Nachweis des Menstrualblutes durch die Glykogenjodreaktion. Zeitschr. f. Med.-Beamte. Bd. 26. p. 452.
20a. Ebermayer, Rechtsfragen aus der ärztlichen Praxis. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 1947. (Anklage gegen einen Zahnarzt wegen unsittlicher Angriffe gegen eine Patientin; Freisprechung unter Annahme von Traumvorstellungen während eines Ohnmachtanfalls.)
21. *Erlacher, Ph., Kausale und symptomatische Behandlung gonorrhoischer Prozesse des Mannes mit besonderer Berücksichtigung der Original-Gonokokkenvakzine Menzer. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 113.
22. *Finkelstein, J., und T. Gerschun, Zur Serologie der gonorrhoischen Erkrankungen. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 1817.
23. Fridon, P., Häufigkeit gonorrhoischer Peritonitis bei der Vulvovaginitis kleiner Mädchen. Gynéc. März. (Unter 20—25 Fällen sechsmal Peritonitis von mildem Verlauf.)
24. *Fronstein, R., Über die neuesten Methoden der Diagnostik gonorrhoischer Erkrankungen. Med. Obosr. Nr. 3. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 1624.
25. *Frühwald, R., Die diagnostische Verwertbarkeit intravenöser Arthigoninjektionen. Med. Klinik. Bd. 9. p. 1799.
26. Gengenbach, F. P., Precocious menstruation. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 61. p. 563. (Zweijähriges Kind mit durchschnittlich alle sechs Wochen eintretender Menstruation seit dem 10. Lebensmonat; Brüste und Schambehaarung vorzeitig entwickelt.)
27. *Gradwohl, B. H., Komplementreaktion der Gonorrhoe. Amer. Journ. of gen.-ur. Dis. 1912. Juni.
28. Grassmann, Sexualpädagogische Fragen. Internat. Arch. f. Schulhygiene. 1912. Nr. 4. (Wünscht individualisierende intellektuelle Aufklärung im Rahmen der Familie durch die Eltern, sowie Aufklärung der aus der Schule Abgehenden durch Vermittelung der Schulleiter.)
29. *Grigorjew, A. W., Untersuchung von Samenflecken. Russki Wratsch. Nr. 35. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 2536.
30. *Grosch, Zur Psychologie des Lustmörders. Gross' Arch. Bd. 51. p. 60.
31. *Haberda, A., Die gerichtsärtzliche Untersuchung in Fällen von Geschlechtsdelikten. Wiener med. Wochenschr. Bd. 63. p. 2485.
32. Hänsel, Erfahrungen an nahezu 80 Sittlichkeitsverbrechern. Med. Ges. Chemnitz. Sitzg. vom 15. Jan. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 608. (Kommt zum Resultat, dass nicht jede von Sittlichkeitsverbrechern festzustellende psychische Abnormität Unzurechnungsfähigkeit bedingt; in 43 % der Fälle konnten Bedenken gegen die strafrechtliche Zurechnungsfähigkeit geäussert werden.)

33. Hahn, G., Die Geschlechtskrankheiten und die ärztliche Verantwortlichkeit. Samml. zwangloser Abhandl. aus dem Gebiete der Derm. u. Syph. Bd. 2. Heft 2 ff. Halle, C. Marhold.
34. *Hauser, H., Die differentialdiagnostische und therapeutische Bedeutung der Gonokokkenvakzine in der Gynäkologie. Arch. f. Gyn. Bd. 100. p. 305.
35. *Heymann, H., und S. Moos, Erfahrungen über Vakzinebehandlung der weiblichen Gonorrhoe. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. p. 623.
36. Hirschfeld, M., und E. Burchard, Zwei Gutachten über homosexuelle Frauen. Gross' Arch. Bd. 50. p. 49. (Ein Fall von „sexueller Hörigkeit" eines 15 jährigen Mädchens zu einer Lehrerin und ein Fall von Liebesverhältnis zwischen zwei homosexuell veranlagten Mädchen.)
37. Heller, J., Die Geschlechtskrankheiten als gesetzlicher Grund zur Lösung der Verlobungen und Trennung der Ehe. Halbmonatsschr. f. soz. Hyg. u. prakt. Med. 1912. p. 343.
38. *Hoffmann, E., Dauer der Kontagiosität der Syphilis und Ehekonsens im Lichte der neuen Forschung. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 14.
39. *Jolkin, M. E., Die Vakzinetherapie der gonorrhoischen Erkrankung der Adnexe. Shurn. akusch. i shensk. bolesn. 1912. Ref. Gyn. Rundschau. Bd. 7. p. 906.
39a. Josephson, C. D., Spermatozoen in Cervix uteri in zwei Fällen 18 Stunden nach Notzucht aufgewiesen. Allmanna Svenska Läkaretidningen. Nr. 9. (In beiden Fällen waren die Spermatozoen im Uterusschleim erwiesen, seitdem sie schon aus Vagina verschwunden waren. Die Arbeit erbietet mehrere sehr interessante Details und ist besonders in Hinsicht der gerichtlichen Medizin von Bedeutung.) (Silas Lindquist).
40. Jensen, W., Über eine Modifikation der Gram-Färbung, besonders mit Rücksicht auf die Gonokokkendiagnose. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 49. Nr. 35. (Zur Primärfärbung keine Beize, sondern Methylviolett $^1/_2$%, als Jod-Jodkaliumlösung 1 : 2 : 100 und mindestens 90% Alkohol, schliesslich Neutralrot.)
41. *Joesten, J., Experimentelle Untersuchungen über die Florencesche Reaktion. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. u. öff. Sanitätswesen. 3. Folge. Bd. 45. p. 323.
42. *Irons, Cutaneous allergy in gonococcal infections. Journ. of infect. diseases. Bd. 40. p. 77.
43. *Kaufmann, B., Eine neue Methode zur Erkennung der Masturbation bei Mädchen. New York Med. Journ. Bd. 98. p. 772.
44. *Keil, A., Zur Vakzinebehandlung der Gonorrhoe und deren Komplikationen. Prager med. Wochenschr. Bd. 38. p. 472.
45. *Klause, R., Über Vakzinebehandlung bei Gonorrhoe. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 1813.
46. *Köhler, R., Zerreissung der Vagina sub coitu mit letalem Ausgang. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 1253 u. Geb.-gyn. Ges. Wien. Sitzg. vom 20. Mai. Wiener med. Wochenschr. Bd. 63. p. 2279.
47. v. Krafft-Ebing, Psychopathia sexualis. Med. gerichtl. Studie. 14, Aufl., herausgegeben von A. Fuchs. Stuttgart 1912. Enke.
48. *Kyrle, J., und V. Mucha, Über intravenöse Arthigoninjektionen. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 26. p. 1755.
49. *Lecha-Marzo, A., Die Phosphormolybdänsäure als Reagens auf Sperma. Gac. méd. catal. 15. Juni. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 1904.
50. *Lenz, J., Vorzeitige Menstruation, Geschlechtsreife und Entwickelung (Menstruatio, Pubertas et Evolutio praecox). Arch. f. Gyn. Bd. 99. p. 67. Arch. bohêm. de méd. Bd. 13. Heft 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 526.
51. *Lewinski, J., Über den Wert intravenöser Arthigoninjektionen. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 2784.
52. *Likes, S. H., und H. Schönrich, Experience with over one thousand cases of a form of chronic urethritis. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 60. Nr. 25.
53. *Lippschütz, B., Über eine eigene Geschwürsform des weiblichen Genitales (Ulcus vulvae acutum). Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 114. Heft 1.
54. *London, J., Die Gonokokkenvakzination für Diagnose und Behandlung. Amer. Journ. of Surg. Bd. 26. p. 395.
55. *M'Donagh, J. E. R., und B. G. Klein, Treatment of gonorrheal infections by vaccines and regulation thereof by complement fixation test. Journ. of Path. and Bacteriol. Cambridge. Bd. 17. Nr. 4.

56. *Mc Neil, A., Complement fixation test in gonococcal infections. New York Ac. of Med. Sitzg. vom 13. Mai. Med. Record. New York. Bd. 84. p. 778.
57. *Matthaei, Dürfen Syphilitiker heiraten? Geb. Ges. Hamburg. Sitzg. vom 15. u. 29. April. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 1070 u. 1073.
58. Meirowsky, Das Geschlechtsleben der Jugend, Schule und Elternhaus. Flugschr. d. Deutsch. Ges. z. Bekämpf. d. Geschlechtskrankheiten. Leipzig 1912. J. A. Barth. (Empfiehlt frühzeitige Aufklärung, Leibesübungen, Alkoholabstinenz etc.)
59. Menzer, A., Zur intravenösen Anwendung der Gonokokkenvakzine. Med. Klinik. Bd. 9. p. 2151. (Polemik gegen Bruck.)
60. Metzger, E., Die Suggestion in kriminalpsychologisch-juristischer Beziehung. Zeitschrift f. d. gerichtl. Strafrechtswissenschaft. 1912. p. 847. (Bespricht die Strafbarkeit der Hypnose und des geschlechtlichen Missbrauchs im willen- oder bewusstlosen Zustand.)
61. Monsiorski, Diagnostische Irrtümer. Przegl. chir. i gynec. Bd. 5. p. 249. (Schwangerschaft bei intaktem Hymen.)
62. *Moos, Erfahrungen über Vakzinebehandlung der weiblichen Gonorrhoe. Gyn. Ges. Breslau. Sitzg. vom 11. Febr. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 692.
63. *Müller, H., Die therapeutische und diagnostische Bedeutung der Vakzination bei Gonorrhoe des Mannes. Med. Klinik. Bd. 8. Nr. 43.
64. Nicoll, J. R., und M. A. Wilson, Allgemeine Gonokokkeninfektion bei einem Kinde ohne Spur von Urethritis. Journ. of infect. dis. Jan. ($2^1/_2$jähriger Knabe, Infektionsquelle unklar.)
65. Notzucht in der Hypnose? Ärztl. Sachverständ.-Zeitg. Bd. 19. p. 116. (Anklage gegen einen Arzt seitens zweier Dienstmädchen, die als hysterisch festgestellt wurden und bei denen die gynäkologische Untersuchung ein Verbrechen ausschliessen liess. Freisprechung.)
66. *Olbrycht, J., Über die forensische Bedeutung der Bokariusschen und de Dominicisschen mikrochemischen Spermareaktion. Ärztl. Sachverständ.-Zeitg. Bd. 19. p. 205.
67. Pawlicki, Hymen als Geburtshindernis. Przegl. lék. Nr. 8. (Hymen bei der Geburt unverletzt.)
68. Portner, E., Heiratsfähigkeit nach Tripper. Med. Klinik. Bd. 9. p. 1942. (Empfiehlt Provokation durch Erweiterung der Harnröhre und Silbernitratinstillation.)
69. *Reber, K., Les résultats de la vaccinotherapie dans la blennorragie. Revue suisse de méd. Nr. 3. p. 76.
70. Richter, M., Erfahrungen über Sektionsvorschriften. Zeitschr. f. Med.-Beamte. Bd. 26. p. 797. (U. a. wird die Vorschrift der Herausnahme der inneren weiblichen Genitalien bei der Obduktion zwecks Einsendung zur Untersuchung des Scheideninhalts auf Spermatozoiden getadelt, weil die unverletzte Herausnahme der Scheide für weniger Geübte schwierig und die Organe meist in vorgeschrittener Fäulnis eingelangen; es soll statt dessen eingetrocknetes Sekret auf Objektträgern, Glasschalen, im Notfall an Leinenläppchen eingesendet werden.)
71. *Rockwood, H. L., Complement fixation test in gonorrhea. Cleveland Med. Journ. Bd. 12. Nr. 1.
72. *Romanow, B., Die Komplementbindungsreaktion bei gonorrhoischen Erkrankungen. Charkow. med. Journ. Bd. 15. Heft 4. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 2424.
73. *Rubin und Leopold, Vulvovaginitis in children. Amer. Journ. of Dis. of Childr. Bd. 5. p. 58.
74. Rueck, G. A., A fatal case of gonococcus septicaemie. Med. Record. New York. Bd. 83. p. 18. (Fall von allgemeiner tödlicher Gonokokkensepsis, acht Tage nach der Hochzeit von dem einige Zeit vorher an Gonorrhoe leidenden Ehemann infiziert.)
75. Rupprecht, Die Prostitution jugendlicher Mädchen in München. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 12. (Statistik über 156 wegen Gewerbsunzucht angezeigte und 88 verurteilte jugendliche Personen von 14—18 Jahren; von den Verurteilten waren 63,6 $^0/_0$ geschlechtskrank; es wird vorgeschlagen, solche minderjährige Mädchen nicht mehr zu bestrafen, sondern in staatlich überwachten Anstalten streng erziehen zu lassen.)
76. *Salles, M., Ein Fall von Scheidenklappenzerreissung durch Einführung eines fremden Fingers in die Scheide. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. u. öff. Sanitätswesen. 3. Folge. Bd. 45. p. 351.

---

77. *Sfameni, Fistole vesico-vaginali d'origine criminosa. Ginec. Bd. 8. p. 321. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. p. 211.
78. *Shattuck, G. Ch., und A. St. Whittemore, Gonococcus vaccines and glycerine extracts of the gonococcus in the diagnosis of gonorrhea infections. Boston Med. and Surg. Journ. Bd. 169. p. 373.
79. Sinclair, J. F., Investigations in Vulvovaginitis by means of the female urethroscope. New England Ped. Soc. Sitzg. vom 8. Nov. Amer. Journ. of Obst. Bd. 68. p. 1210. (Gibt Vorschriften über die Prophylaxe der Verbreitung in Anstalten, Bädern, Spitälern etc.)
80. Siter, E. H., Infection of the genito-urinary tract by micrococcus catarrhalis. New York Med. Journ. Bd. 97. p. 503. (Beschreibt Infektionen der Harnröhre mit Micrococcus catarrhalis mit Ausfluss und von einer Inkubationszeit von wenig Tagen bis zu mehreren Wochen. Die Infektion stammt wahrscheinlich aus der Vagina.)
81. Smith, A., und C. S. Mc Kee, Gonococca urethritis in a boy aged seventeen months. Brit. Med. Journ. Bd. 1. 26. April. (Ansteckung offenbar durch die Pflegerin.)
82. *Smith, G. G., Complement fixation test in the management of gonococcus vulvovaginitis. Amer. Journ. of Dis. of Childr. Bd. 5. p. 313.
83. — R. M., Vulvovaginitis in children. Amer. Med. Assoc. Minneapolis. Section on Dis. of Children. Med. Record. New York. Bd. 83. p. 1190 u. Amer. Journ. of Dis. of Childr. Bd. 16. Heft 5. (Bespricht die Familien-Infektionsgefahr und den diagnostischen Nachweis mittelst Komplementbindung.)
84. *Sommer, A., Über biologische Diagnose der Gonorrhoe. Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 118. Heft 2.
85. Spaulding, E. R., Vulvovaginitis in children. Amer. Journ. of Dis. of Children. Bd. 5. p. 248. (83 Fälle, darunter 56, in welchen Gonokokken nachgewiesen wurden; Isolierung dieser Fälle im Hospital.)
86. *Schwarz, H. J., und A. Mc Neil, Weitere Erfahrungen mit der Komplementbindungsprobe bei der Diagnose der Gonokokkeninfektion des Urogenitaltraktes. Amer. Journ. of Med. Sciences. Bd. 144. p. 815.
87. *Stolz, M., Die vaginale Untersuchung der Kinder. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 1534.
88. *Terebinska-Popowa, M., Zur Frage der Serodiagnostik und Vakzinetherapie bei Gonorrhoe. Shurn. akusch. i shensk. bol. 1912. Ref. Gyn. Rundschau. Bd. 7. p. 907.
89. *Thomas, B. A., und K. H. Ivy, Die Komplementbindungsreaktion für Gonokokken. Med. Soc. of Philadelphia. Sitzg. vom 28. Mai. Journ. d'Urol. Bd. 4. p. 873.
90. Tridon, P., Fréquence des péritonites gonococciques chez les petites filles atteintes de vulvo-vaginite. La Gynéc. Bd. 17. p. 147. (20—24 Fälle, darunter sechs mit Peritonitisanfällen.)
91. *v. d. Velde, H., Die spezifische Diagnostik der Gonorrhoe bei der Frau. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1912. I.
92. Velebil, Vulvovaginitis des Kindesalters. Casopis lék. česk. Nr. 7. (Kasuistik.)
93. *Volk, R., Die Vakzinetherapie bei Haut- und Geschlechtskrankheiten. Wiener med. Wochenschr. Bd. 62. Nr. 39 ff.
94. *Walter, Uterusruptur nach Kohabitation. Ärzteges. Göteborg. Sitzg. vom 22. Febr. 1911. Gyn. Rundschau. Bd. 7. p. 304.
95. *Watson, The diagnosis of chronic gonococcus infections. Glasgow Med. Journ. 1912. Okt.
96. *Wormser, Koitusverletzung. Oberrhein. Ges. f. Geb. u. Gyn. Sitzg. vom 27. Okt. 1912. Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. 18. p. 162.
97. *Ziemann, H., Über Gonokokkenvakzin als eventuelles diagnostisches Hilfsmittel. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 49. Nr. 40.
98. *Ziemke, E., Zur Entstehung sexueller Perversitäten und ihre Beurteilung vor Gericht Arch. f. Psychiatrie. Bd. 51. Heft 2.

Haberda (31) betont bei der gerichtsärztlichen Untersuchung in Fällen von Sexualdelikten die Notwendigkeit nicht lediglich der Untersuchung der Genitalien, weil auch ein geschlechtlicher Akt per anum vollzogen worden sein kann, sondern auch die Notwendigkeit einer allgemeinen Körperuntersuchung auf Verletzungsspuren bei geleistetem Widerstand und auf den Kräftezustand wegen der Frage der Möglichkeit eines erfolgreich oder erfolglos geleisteten Widerstandes, wobei auch der Täter berücksichtigt werden muss. Eine Untersuchung des Täters wird auch nötig, wenn eine bei der missbrauchten Person

etwa vorhandene Geschlechtskrankheit eine Infektion des Täters bewirkt haben konnte. Als weitere mögliche Folge wird die Schwängerung erwähnt. Bei einem missbrauchten Mädchen ist ferner die körperliche Entwickelung zu untersuchen bezüglich der Frage, ob der Täter ihr Alter erkennen oder es überschätzen konnte, endlich auch das psychische Verhalten in bezug auf eine bestehende oder nachher entstandene Psychose, und endlich die Psyche des Täters, besonders bei wiederholtem Missbrauch von Kindern, bei homosexuellen Handlungen und bei Lustmord. Besonders wichtig ist ferner die Berücksichtigung der Tatumstände, die Situation, in welcher der Akt vollzogen wurde, in bezug auf die Möglichkeit einer Überrumpelung (eventuell durch Betäubung oder Gifteinwirkung) und Wehrlosigkeit (Schlaf, Hypnose) und in bezug auf die Glaubwürdigkeit der Missbrauchten und des Täters. In der Folge wird auf die Wichtigkeit der Art der Fragestellung und der Vermeidung von Suggestivfragen hingewiesen, sowie auf die Unmöglichkeit, dass virginelle Personen ein wirkliches Eindringen oder nur ein Andrängen eines Fremdkörpers in die Geschlechtsteile nicht zu unterscheiden und ebensowenig zu erkennen vermögen, welcher Art der andringende Fremdkörper (Penis, ein oder mehrere Finger etc.) war. Die Untersuchung selbst ist nie ohne Zeugen vorzunehmen. Bei passender Lagerung (wie bei gynäkologischer Untersuchung) ist vor allem der Hymen zu entfalten und zu besichtigen, womöglich ohne Unterfahren der Ränder mittelst eines Instruments und jede Verletzung durch die Untersuchung — auch eine solche am Frenulum — sorgfältig zu vermeiden. Wenn Widerstand geleistet wird, darf keine Gewalt angewendet werden, eventuell ist die Intervention des Richters in Anspruch zu nehmen.

Salles (76) beschreibt eine Hymenalverletzung von 3 mm Tiefe bei 1 cm weiter Hymenalöffnung bei einem 12jährigen Mädchen und konnte diese Verletzung zweifellos nicht auf Defloration — es fanden sich im Scheidenschleim weder Spermatozoiden noch liess sich eine Spermareaktion erzielen — sondern auf die tags vorher von einem Gynäkologen vorgenommene Einführung des Fingers zurückführen.

Sfameni (77) beobachtete Messerstichverletzungen an den Genitalien und der Blase nach misslungenem Notzuchtversuch.

Ziemke (98) weist nach, dass die perverse Triebrichtung ausnahmslos als Teilerscheinung eines allgemein veränderten psychischen Habitualzustandes angesehen werden muss. Meist lässt sich ferner ein okkasionelles Moment feststellen, das die Auslösung des ersten Sexualerlebnisses verursachte. Ferner wird das frühe Auftreten und die abnorme Stärke des Sexualtriebes betont. Die Entscheidung hängt von der Entstehungsweise der strafbaren Handlung aus der psychischen Analyse ab.

Grosch (30) beschreibt einen Fall von Notzuchtattentat seitens eines 19½jährigen Burschen auf ein 19jähriges Mädchen, das er solange würgte, bis sie bewusstlos war, aber er liess von ihr, als bei ihm Ejakulation eintrat. Es wird als möglich angenommen, dass die Gewalttat für den Täter ein Mittel zur Herbeiführung der Entspannung gewesen sei. Der Täter wurde für zurechnungsfähig erklärt.

Kaufmann (43) misst den gewöhnlichen als Symptom der Masturbation angegebenen Mitteln, z. B. der Grösse der Klitoris, keine Beweiskraft bei und schlägt vor, bei Verdacht auf Masturbation nach vorheriger Prüfung des Harns auf das Fehlen von Hefe den Kindern ein Spielzeug aus Hefe oder mit Hefe bestrichen zu geben und am Morgen den Harn auf Hefe zu untersuchen.

De Dominicis (18) empfiehlt zur Färbung der Spermatozoiden in Zeugflecken folgendes Verfahren: auf drei Objektträger wird je ein Tropfen von gesättigter Rutheniumrotlösung in 20%igem Ammoniak, Schweitzerschem, selbstbereitetem Reagens (reduziertes Kupfer in Ammoniak bis zu schöner Blaufärbung geschüttelt) und Glyzerin gebracht; ein 2—4 mm breiter Faden aus dem Fleck wird 10 Sekunden lang in den Farbstoff gelegt, ebenso lang in dem Kupfer-Ammoniak bewegt und in Glyzerin fein zerfasert, dann bei 500facher Vergrösserung unter Deckglas untersucht. Die Spermatozoiden sind glänzend granatrot, die Schwänze sichtbar, die Gewebsfäden sind weinfarben oder ungefärbt.

Döllner (17) bestätigt die von de Dominicis empfohlene Rutheniumfärbung der Spermatozoiden als sehr brauchbare Färbemethode, erklärt aber statt der Anwendung einer gesättigten Lösung eine Lösung von 0,05 Ruthenium auf 5,0 offizinellen Ammoniak und 250 Wasser für ebenso wirksam.

Olbrycht (66) weist nach, dass die Bokariussche Reaktion (halbmondförmige Kristalle nach Zusatz von Phosphorwolframsäure) eine in foro verwendbare Spermareaktion nicht ist, denn die Krystalle sind wenig charakteristisch, zu klein und haben keine deutliche kristallinische Form, so dass sie von anderen Substanzen schwer zu unterscheiden sind,

ferner bleibt auch bei frischem Sperma die Reaktion oft aus, noch öfter bei eingetrocknetem, und endlich verhindert ein Überschuss des Reagens und eine stärkere Verdünnung des Wasserextrakts die Reaktion. Auch die Reaktion von de Dominicis (quadratische granatrote Kristalle mit Goldtribromür) wurde nicht als spezifisch erkannt, weil auch andere Substanzen — namentlich vertrockneter Kot, der die Spermaflecken verunreinigen kann — die gleiche Reaktion ergeben und weil bei älteren Spermaflecken, die Schädigungen ausgesetzt waren, die Reaktion ausbleiben kann. Die Reaktion ist aber der Barberioschen und Bokariusschen überlegen und kann neben der Florenceschen Probe als unterstützendes Orientierungsmittel wertvoll sein. Der einzig sichere Beweis bleibt der Nachweis von Spermatozoiden.

Joesten (41) kommt nach eingehenden, sehr komplizierten Versuchen zu der wenn auch nicht sicher bewiesenen, so doch sehr wahrscheinlichen Anschauung, dass die Florenceschen Kristalle nicht, wie Bokarius glaubt, eine Verbindung von Jod mit dem Cholin des Spermas, sondern reine Jodkristalle sind, die dadurch entstehen, dass das Cholin aus der polymeren Jodverbindung reines Jod herausreisst. Die Florencesche Reaktion würde dadurch jeder Spezifizität entkleidet, aber dennoch würde in praktischer Beziehung ihr Wert als der eines höchst schätzenswerten Wegweisers auf dem Gebiete des Spermanachweises nach wie vor erhalten bleiben.

Lecha-Marzo (49) fand, dass 10%ige Phosphormolybdänsäure mit Sperma — zwischen Objektträger und Deckglas zugefügt — ein weisses Präzipitat gibt, das in Grün und in Blau umschlägt. Unter dem Mikroskop bemerkt man hexagonale Scheibchen, teilweise rhombisch, rund, mit radiärer Streifung, oder oval; sie sind zum Teil grün, zum Teil gelb und gelbgrün. In Chloroform sind sie unlöslich, mit Kalilauge färben sie sich hellblau und sie können nach raschem Abwaschen mit Xylol in Kanadabalsam konserviert werden. Andere Körpersekrete geben die Reaktion nicht, auch nicht das Cholin; wahrscheinlich ist das Sperma an der Reaktion beteiligt, die auch bei faulendem Sperma positiv ist.

Grigorjew (29) benützt zur Auflösung der eingetrockneten Samenflecke 10%igen Alkohol, der eine haltbare Lösung bewirkt, und setzt ebenso zur gesammelten vaginalen Spülflüssigkeit behufs Haltbarmachung diesen Alkohol zu. Damit kann die Florencesche Probe angestellt werden. Bei Untersuchung von Blutflecken auf Sperma wird ebenfalls in 10%igem Alkohol gelöst, dann Äther zugesetzt und langsam eingedampft; von dem trocknen Rückstand wird ein Teil mit 10%igem Alkohol versetzt und dann nach Florence geprüft.

Dyrenfurth (20) benützt zum Nachweis von Menstrualblutflecken den von Wiegmann gefundenen Glykogenreichtum der Scheidenepithelien, indem er kleinste Teile des blutbefleckten Stoffs in einem Tröpfchen gesättigter Natriumbikarbonatlösung rasch zerzupft und einen Tropfen Lugolscher Lösung zufügt; die braun gefärbten Epithelien können bei schwacher Vergrösserung leicht erkannt werden. Flecken von anderem Blut (ausser von der Schnittfläche der Leber abgestreiftem) ergeben keine Braunfärbung. Die Reaktion kann z. B. bei Notzuchtversuchen verwendet werden, um Menstrualblut von Blut aus Verletzungen der Genitalien oder von anderer Herkunft zu unterscheiden.

Abels (1) beantwortet die Frage, ob ein Weib durch ein Aphrodisiakum zur willenlosen Hingebung gebracht werden kann, entgegen der allgemeinen Ansicht der Gerichtsärzte im bejahenden Sinne und verweist zur Begründung auf die im Orient mit den noch heute noch viel gebrauchten Kanthariden gemachten Erfahrungen.

Bondareff (5) beschreibt einen Scheidenriss als Kohabitationsverletzung sechs Wochen nach der Entbindung; er sucht die Ursache in der psychomotorischen Sphäre der Frau.

Bonney (6) beschreibt eine daumengrosse, penetrierende Zerreissung des hinteren Scheidengewölbes durch Kohabitation in aufrechter Stellung bei einer 40jährigen Multipara, wie es scheint Alkoholikerin. Die Vagina wird als kürzer als gewöhnlich und ihre hintere Wand als sehr dünn bezeichnet. Es musste die Laparotomie wegen Blutung in die Bauchhöhle gemacht werden.

Köhler (46) beschreibt einen Fall von schwerer Blutung aus einem 6 cm langen, 3 cm weit klaffenden Riss der rechten Scheidenwand, der bis ins Scheidengewölbe reichte und am oberen Rand gegen das Ligamentum latum zu einer die Fingerkuppe fassenden Nische unterminiert war. Es trat Sepsis (Streptokokken und Koli) und Exitus ein. Die Ursache solcher Verletzungen wird nicht auf eine übermässige Grösse des Gliedes (im vorliegenden Falle normale Grösse), sondern auf einen Krampfzustand des Beckenbodens bei sexueller Erregung kombiniert mit neuropathischer Anlage zurückgeführt. Im vorliegenden Falle

war der Koitus erstmals mit Erfolg — nach einem früheren erfolglosen Versuch — ausgeführt worden. Ferner wird ein weiterer Fall von Koitusverletzung, bestehend in einem halbkreisförmig rechts die Portio umgebenden Riss mit Blutung und parametraner Abszessbildung bei einer 36jährigen Frau, die einmal geboren hatte, beschrieben.

Walter (94) beobachtete bei einer 22jährigen Erstgebärenden infolge von Kohabitation vier Wochen nach normaler Entbindung eine Ruptur des Cervix uteri 6 cm oberhalb des Os externum und starke Blutung aus einer walnussgrossen Höhle im linken Ligamentum latum.

Wormser (96) beschreibt einen queren 5 cm langen, stark blutenden Riss im hinteren Scheidengewölbe durch Koitus in normaler Stellung 14 Tage nach der Entbindung.

Baumgart und Beneke (3) beobachteten Konzeption nach vierjähriger Amenorrhoe bei einer 32jährigen Frau. Die Amenorrhoe war durch Atmokausis bewirkt worden und der innere Muttermund war durch eine scharf vorspringende narbige Leiste verschlossen.

Buecheler (12) beobachtete Schwangerschaft bei grossem straffiem, segelartigem Hymen mit linsengrosser Öffnung.

Stolz (87) erwähnt einen Fall von Menstruatio praecox bei einem vierjährigen Kinde, das weit über sein Alter entwickelt war und schon Beginn von Schambehaarung zeigte.

Lenz (50) beobachtete vom sechsten Lebensmonate ab alle 28 Tage regelmässig wiederkehrende, 3—4 Tage dauernde Blutabgänge mit vom dritten Monate an bemerkbarem Wachsen der Brüste und sehr rascher Weiterentwickelung, so dass das Kind mit sechs Jahren die Entwickelung eines mindestens 13jährigen Mädchens zeigte. Tabellarische Zusammenstellung von 130 Fällen aus der Literatur. Besprechung der Skelettentwickelung und der als Ursachen wirkenden Momente.

Rubin und Leopold (73) fanden mit Hilfe der Endoskopie der Scheide bei an Vulvovaginitis gonorrhoica erkrankten Kindern, Hyperämie mit Blutaustritten und Bildung kleiner Geschwüre in der Scheide und ähnliche Veränderungen in der Cervix, die für so charakteristisch erklärt werden, dass an ihnen vor Nachweis der Gonokokken die Diagnose gestellt werden kann.

Smith (82) fand unter 25 Vulvovaginitisfällen die Komplementbindungsprobe positiv in 11 Fällen (unter 12 klinisch sicheren Fällen) und in vier Fällen, wo klinisch die Diagnose unsicher war; negativ blieb sie in drei unsicheren und sieben klinisch sicheren Fällen.

Ehekonsens und Gonorrhoenachweis.

Hoffmann (38) verlangt, dass nur der, der 5—6 Quecksilber- oder statt dieser 2—3 Quecksilber-Salvarsan-Kuren durchgemacht hat und dann 2—3 Jahre ohne Krankheitserscheinungen war, den Ehekonsens erhalten solle; weniger bedeutsam ist die noch mancherlei Verschiedenheiten aufweisende Wassermannsche Probe.

Matthaei (57) erklärt für den Ehekonsens von Syphilitikern auch heute noch die von Fournier aufgestellten Postulate als massgebend, jedoch kommt der Ausfall der Wassermannschen Probe noch dazu, welch letztere jedoch für sich allein bei positivem Ergebnis ein Heiratsverbot nicht rechtfertigt. In der Diskussion erklärt Prochownik die Fournierschen Sätze für unzulänglich und glaubt, dass in der Mehrzahl der Fälle der Konsens zu verweigern ist. Schottmüller glaubt, dass bei positivem Wassermann der Konsens nicht zu erteilen ist und hält in jedem Falle eine Aufklärung der Braut bzw. der Schwiegereltern für notwendig. Delbanco hält die Wassermannsche Probe in ihrem Werte noch nicht für endgültig geklärt. Jacobsthal betont, dass die Bedeutung der Syphilis für den Patienten selbst, für den zukünftigen Ehegatten und für die zu erwartenden Kinder sehr schwer abzuschätzen ist, und macht auf die Wichtigkeit der rassehygienischen Wirkung aufmerksam.

Brodfeld (9) verlangt für die Erteilung des Ehekonsens nach Gonorrhoe den negativen Gonokokkenbefund nach mehrfacher mikroskopischer Untersuchung des Sekrets und Freisein der Tripperfäden von Eiterkörperchen sowie längere Beobachtung besonders der Sekretion nach Exzessen in Baccho. Für Syphilis genügt die negative Wassermann-Probe nicht; jedenfalls darf vor Ablauf von 4—5 nach erster Infektion und wiederholter Behandlung eine Ehe nicht eingegangen werden.

Lippschütz (53) beschreibt eine dem Ulcus venereum sehr ähnliche Geschwürsform der Vulva, die ausschliesslich Frauen und namentlich ältere Mädchen und Virgines intactae befällt, durch grampositive Bazillen bewirkt wird und trotz der Infektiosität durch den Geschlechtsverkehr nicht übertragbar ist.

Watson (95) hält die Heilung einer chronischen Gonorrhoe für erwiesen, wenn nach Reizung der Schleimhäute keine Gonokokken mehr gefunden werden. Eine Kutanreaktion nach Injektion abgetöteter Gonokokken beweist das Noch-Vorhandensein von Gonorrhoe.

Likes und Schönrich (52) machen auf das Vorkommen einer Form von nichtgonorrhoischer Urethritis beim Manne mit Granulationen und Infiltrationen und Eiterabsonderung aufmerksam.

Brandweiner (7) erklärt Haut- und Stichreaktion nach Injektion von Aufschwemmungen abgetöteter Gonokokken diagnostisch nicht für verwertbar, ferner die Reaktion mit autogenen Gonokokkenvakzinen quantitativ für stärker als bei monovalenten allogenen. Verschiedene Gonokokkenstämme verhalten sich wahrscheinlich sehr verschieden.

Bruck (10) fand, dass nach intravenöser Injektion von Gonokokkenvakzine die Herdreaktion nicht so regelmässig auftritt, dass die Diagnose auf Gonorrhoe gestellt werden könnte; konstanter ist ein Temperaturanstieg um 1,5—2°, der bei Gesunden viel kleiner ist.

Bruck und Sommer (11) schreiben dem Temperaturanstieg nach intravenöser Arthigoninjektion eine hohe diagnostische Bedeutung für den Nachweis des Bestehens einer Gonorrhoe zu.

Dimitrijew (16) fand mit verschiedensten Gonokokkenvakzinen die Kutisreaktion stets negativ.

Erlacher (21) fand die Menzersche Gonokokkenvakzine als ein sicheres diagnostisches Mittel zum Nachweis einer nicht völlig geheilten Gonorrhoe.

Fronstein (24) fand, dass notorisch gonorrhoekranke Personen auf fast jede Injektion von Gonokokkenvakzine mit Temperatursteigerung, Lokal- und Herdreaktion reagieren. Gesunde und solche, welche vor mindestens 19 Jahren Gonorrhoe überstanden haben, reagieren nicht.

Frühwald (25) erklärt eine Temperatursteigerung von mindestens 1,3° nach intravenöser Injektion von Arthigon für beweisend für Gonorrhoe.

Hauser (34) fand bezüglich der Reaktionserscheinungen bei Injektion von Gonokokkenvakzine, dass eine positive Herdreaktion und eine positive Lokalreaktion bei gleichzeitiger positiver Allgemeinreaktion für das Bestehen einer Gonorrhoe sprechen; dagegen ist negativer Ausfall nicht gegen Gonorrhoe beweisend, da der Eintritt der Reaktion verhindert oder verschleiert werden kann durch alte, nicht reaktionsfähige Herde, durch Mischinfektion und durch eine zu kleine Injektionsdosis.

Heymann und Moos (35) ziehen nach Versuchen mit subkutaner Arthigoninjektion den Schluss, dass die lokale Reaktion weder bei positivem, noch bei negativem Ausfall ein auch nur einigermassen beweisendes oder gar sicheres diagnostisches Hilfsmittel nicht ist.

Jolkin (39) erzielte bei der diagnostischen Vakzineprobe bei Gonorrhoe stets eine lokale Reaktion.

Irons (42) fand die Hautreaktion mit Gonokokkenvakzine als charakteristisch für Gonorrhoe, wenn Infektion mit Meningokokken und Micrococcus catarrhalis auszuschliessen ist.

Keil (44) fand nach Arthigoninjektion die Temperatursteigerung stets erfolgend, ausgesprochene Herdreaktion trat selten ein.

Klause (45) erklärt die Vakzination nicht als verwertbares diagnostisches Mittel bei Gonorrhoe, weil Allgemein-, Lokal- und Herdreaktion weder sicher noch typisch sind.

Kyrle und Mucha (48) fanden die Temperatursteigerung nach Arthigoninjektion bei sicher vorhandener Gonorrhoe nicht konstant; allerdings reagierten gonorrhoefreie Individuen entweder gar nicht oder mit nur geringer Steigerung.

Lewinski (51) fand, dass eine intravenöse Injektion von 0,05 Arthigon zum Nachweis einer noch bestehenden Gonorrhoe geeignet ist; ist die Person geheilt, so entsteht eine Temperaturerhöhung von weniger als 1° und gonokokkenhaltiges Sekret lässt sich nicht provozieren. Temperaturerhöhung von 1,5° und höher sprechen für noch bestehende Gonorrhoe. War nie Gonorrhoe vorhanden gewesen, so steigt die Temperatur nur um 0,1°.

London (54) fand die Hautreaktion bei Gonokokkenvakzination als wertvoll für die Diagnose der Gonorrhoe.

Moos (62) fand, dass Arthigoninjektionen weder bei positiver, noch bei negativer Reaktion eine diagnostische Verwertung ermöglichen.

Müller (63) erklärt die Vakzinediagnostik bei Gonorrhoe nur bei exzessiver Stich- und Allgemeinreaktion und positivem Ausfall der Herdreaktion für verwertbar; negativer Ausfall schliesst die Gonorrhoe nicht aus.

Reber (69) fand die Diagnose auf Gonorrhoe sicher, wenn wenigstens zwei der Reaktionen (Kutanreaktion, Allgemeinreaktion, Herdreaktion) positiv ausfallen.

Shattuck und Whittemore (78) fanden weder bei konzentrierter Gonokokkenvakzine noch bei Glyzerinextrakt nach Inokulationen nach Pirquets Methode eine für die Diagnose auf Gonorrhoe entscheidende Reaktion, indem Papeln an der Inokulationsstelle nur zuweilen auftreten, gewöhnlich aber ausbleiben.

Sommer (84) misst der Kutisreaktion und Intrakutanreaktion mit Gonokokkenvakzine eine gewisse Spezifizität zu, jedoch sind die Resultate zu unsicher. Die Ophthalmoreaktion mit Gonokokkenvakzine ist nicht verwertbar, dagegen ist die Komplementbindungsmethode spezifisch. Intramuskuläre Vakzineinjektion wird gering bewertet, dagegen ein Temperaturanstieg von mindestens 1,5° nach intravenöser Arthigoninjektion von hohem diagnostischen Wert.

v. d. Velde (91) empfiehlt zur spezifischen Diagnostik der Gonorrhoe beim Weibe ausser der Züchtung (Thalmann-Agar oder Aszitesagar) die Methode des opsonischen Index und glaubt in schwierigen Fällen an die Möglichkeit des Nachweises der Herdreaktion bei Injektion einer mittelgrossen Dosis toter Gonokokken.

Volk (93) erkennt der diagnostischen Arthigoninfektion einen bedingten Wert für den Nachweis einer bestehenden Gonorrhoe zu.

Ziemann (97) fand die Reaktion bei Einbringung einer entsprechend präparierten Gonokokkenkultur in den Konjunktivalsack als diagnostisch verwertbar für den Nachweis einer chronischen Gonorrhoe.

Cunningham (14) tritt für die Komplementbindungsmethode zum Nachweis der Gonorrhoe und für die Erteilung des Ehekonsenses ein.

Finkelstein und Gerschun (22) erklären die Komplementbindungsreaktion und die v. Pirquetsche Kutanreaktion, mit Gonokokkenantigen als für Gonorrhoe spezifisch und besonders bei chronischer Gonorrhoe für verwertbar.

Gradwohl (27) bezeichnet die Komplementbindungsprobe bei nicht ganz akuter Gonorrhoe als wertvolle diagnostische Methode, besonders zum Nachweis latenter Gonorrhoe.

M'Donagh und Klein (55) erklären die Komplementbindungsprobe wertvoll zur Erkennung noch vorhandener Gonorrhoe.

Mc Neil (56) erklärt die Komplementbindungsmethode für ein sicheres diagnostisches Mittel bei Gonorrhoe, ausgenommen bei frischen lokalen Schleimhautinfektionen, besonders bei Vulvovaginitis der Kinder.

Rockwood (71) fand in 80% die Komplementbindungsprobe bei Gonorrhoe positiv, ebenso in klinisch geheilten Fällen in 80% negativ.

Romanow (72) fand die Komplementbindungsreaktion zur Diagnose der chronischen Urethritis nicht verwertbar, wohl aber bei Komplikationen.

Schwarz und Mc Neil (86) fanden die Komplementbindungsreaktion als für das Vorhandensein eines Herdes lebender Gonokokken, wenn sie positiv ausfällt, für sicher, bei negativem Ausfall aber nicht für sicher beweisend, jedoch kann vor der vierten Woche der Infektion eine positive Reaktion nicht erwartet werden und dann nur in sehr akuten Fällen.

Terebinska-Popowa (88) erklärt sowohl die Komplementablenkungsreaktion, als die Temperatursteigerung und noch mehr die Herdreaktion für unbeständig und nicht beweisend.

Thomas und Ivy (89) fanden für die Komplementbindungsprüfung eine positive Reaktion immer beweisend für das Vorhandensein eines Gonokokkenherdes, dagegen ist ein negatives Resultat nicht gegen Gonorrhoe beweisend, besonders nicht in akuten und subakuten Fällen mit Beschränkung auf die Urethralschleimhaut, auf Vulva und Bartholinsche Drüsen.

---

d) Schwangerschaft in bezug auf gerichtliche Medizin.

1. Abtreibung und Notstand. Ärztl. Sachverständ.-Zeitg. Bd. 19. p. 268. (Ein geschwängertes Mädchen, das sich von einem gewerbsmässigen Abtreiber, der sich als Arzt ausgab, die Frucht abtreiben liess, machte vor Gericht den Notstand geltend, indem die Entbindung bei ihrem körperlichen Zustand mit besonderer Lebensgefahr gewesen sein würde. Auf das Gutachten von drei Sachverständigen hin erfolgte Freisprechung.)
2. *Albrecht, Zwei Fälle von eitriger Peritonitis nach krimineller Uterusperforation. Gyn. Ges. München. Sitzg. vom 14. Nov. 1912. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. p. 266.

3. *Andérodias, J., Corps étrangers de l'utérus. Soc. d'Obst., de Gyn. et de Péd. de Bordeaux. Sitzg. vom 8. Juli. Journ. de Méd. de Bordeaux. Bd. 84. p. 647.
4. Armytage, V. B. G., Case of spontaneous rupture of uterus at eight months. Journ. of Obst. and Gyn. of Brit. Emp. Bd. 24. Nr. 3.
5. *Arnould, Krimineller Abort; akute diffuse Peritonitis; Hysterectomia abdominalis totalis, Tod nach 100 Stunden. Lyon méd. Nr. 31. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 422.
6. *Asch, Uterusperforation infolge krimineller Abtreibung. Gyn. Ges. Breslau. Sitzg. vom 11. Febr. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. p. 701.
7. *Balard, P., La crise de la dépopulation; théorie néo-malthusiennes et avortement. Journ. de Méd. de Bordeaux. Bd. 84. p. 431.
8. *Bayer, H., Lässt sich der künstliche Abortus aus rassehygienischen Gründen motivieren? Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. 18. p. 157 u. 163.
9. *Behm, Scheidenspülapparate. Ges. f. Geb. u. Gyn. Berlin. Sitzg. vom 14. Febr. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 73. p. 958.
10. *v. Behr-Pinnow, Geburtenrückgang und Säuglingssterblichkeit. Berlin, J. Springer.
11. Berggren, S., Zur Kenntnis der vorzeitigen Ablösung der normal sitzenden Plazenta. Schwed. geb.-gyn. Sekt. Sitzg. vom 25. Mai 1912. Gyn. Rundschau. Bd. 7. p. 301. (Ein Fall, wahrscheinlich durch Trauma in der Schwangerschaft bewirkt.)
12. Beyer, Ein Fall von spontaner Uterusruptur in der Schwangerschaft. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 25. (Spontanruptur der Vorderwand im dritten Monat, wahrscheinlich durch Verletzung bei einer früheren manuellen Plazentarlösung bedingt; Umgebung der Ruptur stark verdünnt, nur Bindegewebe, sehr wenig glatte Muskelfasern.)
13. Borntraeger, Der Geburtenrückgang in Deutschland, seine Bewertung und Bekämpfung. Veröffentlichungen aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung. Bd. 1. Heft 13. (Siehe Jahresbericht Bd. 26, p. 831.)
14. *Brenner, Junges menschliches Ei. Naturh.-med. Verein Heidelberg. Sitzg. vom 3. Juni. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 1459.
15. *Brickner, Suppurating fibroid due to a criminal abortion. New York Obst. Soc. Sitzg. vom 11. März. Amer. Journ. of Obst. Bd. 68. p. 99.
16. Brouha, Zwei Fälle von extramembranöser Schwangerschaft. Arch. mens. d'obst. et de gyn. Bd. 2. Nr. 9.
17. *Bublitschenko, Abortus spontaneus praeternaturalis als ätiologisches Moment einer Fistula cervico-vaginalis laqueatica. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. p. 405.
18. *Budde, Säuglingssterblichkeit oder Geburtenrückgang? Zeitschr. f. Med.-Beamte. Bd. 26. p. 101.
19. *Bunge, G. v., Die Tabakvergiftung. Basel 1912. F. Reinhardt.
20. *Caruso, Contributo alla conoscenza dei mezzi impiegati nell' aborto criminoso. Boll. dell' Accad. d. Scienze nat. in Catania. Bd. 23. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. p. 210.
21. *Chop, Studium über den Geburtenrückgang, seine Ursachen und die Mittel zu seiner Bekämpfung. Med. Klinik. Bd. 9. p. 1521.
22. *Corin, G., und H. Welsch, Über die Verwertung der Abderhaldenschen Reaktion für die Diagnose der Schwangerschaft in der gerichtlichen Medizin. Bull. de l'Acad. R. de méd. de Belgique. Bd. 27. Nr. 8. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 61.
23. *Crawshaw, J. W., Fatal air embolism due to attempts to induce abortion. New Zealand Med. Journ. 1912. Nov. Ref. Lancet. Bd. 1. p. 706.
24. Criminal malpractice. New York Med. Journ. Bd. 97. p. 144. (Einleitung des Abortus durch einen Arzt mittelst Einstopfung von Gaze in die Cervix angeblich wegen bereits eingetretenen Fruchttodes (?) und bereits erfolgter Erweiterung des Muttermundes. Tod 34 Stunden später unter septischen Erscheinungen. Verurteilung des Arztes.)
25. Davis, C. H., Ruptured uterus. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 17. p. 51. (Behandelt besonders die Schwangerschaftsrupturen in der Kaiserschnittnarbe.)
26. *Dietrich, S., Zur Ätiologie der Hydrorrhoea amniotica. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 645.
27. *Douglas, J., Bougie removed from the abdomen ten weeks after introduction per vaginam. Amer. Journ. of Obst. Bd. 67. p. 25 u. 153.
28. *Dupont, Grossesse extrautérine rompue sous l'influence de monoeuvres abortives; péritonite, entérostomie, guérison; nouvelle grossesse normale. Soc. Obst. de France. 15. Tagung. 1912. Annales de gyn. et d'obst. 2. Serie. Bd. 10. p. 118.

29. Ebermayer, Rechtsfragen aus der ärztlichen Praxis. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 2469. (Verurteilung eines Arztes wegen Einführung einer Sonde in den Uterus bei einem Mädchen gelegentlich Untersuchung auf Schwangerschaft; das Urteil lautete auf Körperverletzung. Ausserdem ehrengerichtliche Verurteilung.)
30. Entziehung des Prüfungszeugnisses als Hebamme wegen Mangels der Zuverlässigkeit und des unbescholtenen Rufes (Abtreibungsversuch an eigener Person). Entscheidung d. preuss. Oberverwaltungsgerichts vom 7. Nov. 1912. Zeitschr. f. Med.-Beamte. Bd. 26. 2. Beilage. p. 137.
31. Everke, Uterus mit geplatzter alter Kaiserschnittnarbe. Niederrhein.-westf. Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 4. Okt. 1910. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. p. 238. (Ruptur am Anfange der Wehen; in der Diskussion teilt Lüsebrink einen weiteren Fall mit.)
32. Falgowski, Ungewöhnliche Betrachtungen aus dem Gebiete der Fruchtabtreibungen. Verh. d. gyn. Sekt. des XI. Vers. poln. Ärzte u. Naturf. 1911. Krakau.
33. *Fehling, H., Der Geburtenrückgang und seine Beziehung zum künstlichen Abort und zur Sterilisierung. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 74. p. 68.
34. *Fraenkel, E., Demonstrationen zum Gasbazillus. Biol. Abt. d. ärztl. Vereins Hamburg. Sitzg. vom 12. Nov. 1912. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 155.
35. *Fraenkel, L., Ovulation, Menstruation, Konzeption und Schwangerschaftsdauer. Schles. Ges. f. vaterl. Kultur. Sitzg. vom 4. Juli. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 2320. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 74. p. 107.
36. *Frank, E. R. W., Über Verletzungen der Harnblasenschleimhaut durch Abtreibungsversuche. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. u. öff. Sanitätswesen. 3. Folge. Bd. 46. p. 27. Berl. med. Ges. Sitzg. vom 5. Febr. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 385.
37. *Freund, H. W., Traumatische Uterusruptur im vierten Monat der Schwangerschaft oder Crimen? Verhandl. d. Deutsch. Ges. f. Gyn. XV. Kongr. Leipzig. p. 215.
38. *Fuchs, Fremdkörper in utero (Conamen abortus artificialis deficiente graviditate). Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 23. Nov. 1912. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. p. 222.
39. Gjessing, H., Fall von einseitiger Amaurose unter dem Bilde einer Embolia arteriae retinae im Anschluss an einen kriminellen Abort. Norsk. Mag. f. Laegevidensk. 1912. Nr. 11. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 551. (Nur vom ophthalmologischen Standpunkt erörtert.)
40. *Goldstein, F., Erwiderung auf den Artikel des Herrn Geheimrat Wolf über den Geburtenrückgang. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 286.
41. *Gottschalk, S., Beitrag zur Lehre von der Hydrorrhoea gravidi amnialis. Arch. f. Gyn. Bd. 99. p. 19.
42. *Gräfe, Über den Rückgang der Geburtenzahl in Deutschland und seine Ursachen. Prakt. Ergebn. d. Geb. u. Gyn. Bd. 5. Heft 5. Ges. f. Geb. u. Gyn. Leipzig. Sitzg. vom 16. Dez. 1912. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 659.
43. *Green, L. B., Fremdkörper in der Bauchhöhle. Brit. Med. Journ. 1912. II. 28. Dez.
44. *Grover, A. L., Fatal peritonitis due to infection with bacillus coli. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 60. p. 1297.
45. *Gruber, M. v., Die Bedeutung des Geburtenrückganges für die Gesundheit des deutschen Volkes. 38. Vers. d. Deutsch. Vereins f. öff. Gesundheitspflege. Aachen. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 2257.
46. Grünbaum, Apparat zur Konzeptionsverhütung. Nürnberger med. Ges. u. Poliklinik. Sitzg. vom 13. Nov. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 2430. (Der Apparat, der durch Reichspatent (!!) geschützt ist, dient auch zu Abtreibungszwecken.)
47. *Grünspan, A., Über Fehlgeburten. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 2049.
48. *Hall, A. J., Diachylon or duty, a call to action. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 1296. (Zustimmung zu Oliver (105).)
49. — Diachylon as an abortifacient. VII. internat. med. Kongr. London. Brit. Med. Journ. Bd. 2. p. 409. (Abort tritt nur bei toxischen Dosen ein.)
50. *Hammer, F., Einiges über Tentamen abortus provocandi deficiente graviditate uterina, seine klinische und physiologische Bedeutung. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 75. p. 118.
51. Hanssen, Über den Geburtenrückgang. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 2004. Med. Ges. Kiel. Sitzg. vom 22. Mai. Med. Klinik. Bd. 9. p. 1436. (Unter den Ursachen wird auch der kriminelle Abortus angeführt Es wird ärztliche Unterbrechung der

Schwangerschaft nur bei dringender Indikation gestattet und die soziale Indikation verworfen, endlich wird Belehrung des Publikums über die Schädlichkeit der Eingriffe empfohlen.)

52. *Hart, B., Insemination and parturition. Edinb. Obst. Soc. Sitzg. vom 8. Jan. Lancet. Bd. 1. p. 391.

53. *Hart, D. B., On the duration of the interval between insemination and parturition in certain mammals as studied in biometric curves, with special reference to the calculation of the onset of labour in human pregnancy. Edinb. Med. Journ. N. S. Bd. 11. p. 291.

54. *Hegar, A., Der fahrlässige Abort. Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. 18. p. 307.

55. *Heineck, A. P., Removal of a foreign body introduced into the uterine cervical canal to prevent conception. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 61. p. 868. (Entfernung der „Jentsch self-retaining uterine tube", welche nicht die Konzeption verhindert, sondern ein Abortivmittel ist.)

56. Henkel, Uterusruptur. Naturwiss.-med. Ges. Jena. Sitzg. vom 12. Dez. 1912. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 140. (Zwei Rupturen in der Schwangerschaft.)

57. *Herbst, Zur Frage des Geburtenrückganges und die Mittel zu seiner Bekämpfung unter besonderer Berücksichtigung der Verhältnisse im Kreise Kempen. Zeitschr. f. Med.-Beamte. Bd. 26. p. 85.

58. *Heynemann, Th., Die diagnostische Verwertung der Röntgenstrahlen in der Geburtshilfe. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 73. p. 90.

59. *Hillenberg, Studien zum Geburtenrückgang. Konkordia. Nr. 10.

60. *Hofschläger, Geburtenverhinderung. Ärzteverein Krefeld. Sitzg. vom 25. Jan. Med. Klinik. Bd. 9. p. 432.

61. *Holländer, J., Fall von Schussverletzung der schwangeren Gebärmutter. Budapesti Orvosi Ujság, Szylészet in Nygyógyászat. 1912. Nr. 3. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 1129.

62. *Hüffmann, O. V., Decidual casts. Amer. Journ. of Obst. Bd. 68. p. 704.

63. Janczewski, W., Aus der Kasuistik der kriminellen Aborte. Verhandl. d. gyn. Sekt. d. XI. Vers. poln. Naturf. u. Ärzte. 1911. Krakau.

64. *Jaworski, J., Die gerichtlich-medizinische Bedeutung von Missed abortion und Missed labour. Gazeta Lekarska. Nr. 29. (Polnisch.) Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 421. (v. Neugebauer.)

65. *Jones, C. O., A case of poisoning by pennyroyal. Brit. Med. Journ. Bd. 2. p. 746.

66. *Jores, Landwirtschaftliche Erntearbeiten und Fehlgeburten. Ärztl. Sachverständ.-Zeitg. Bd. 19. p. 519.

67. Josephson, C. D., Uterusruptur in der alten Kaiserschnittnarbe. Schwed. geb.-gyn. Sekt. Sitzg. vom 4. Okt. 1912. Gyn. Rundschau. Bd. 7. p. 304. (Spontanruptur vier Wochen ante terminem.)

68. Josselin de Jong, R. de, Zwei Fälle mit plötzlichem Tod aus der Praxis der gerichtlichen Geburtshilfe. Ned. Tijdschr. v. Verl. en Gyn. XXII. 3. (In dem ersten Falle von Josselin de Jong handelte es sich um den plötzlichen Tod einer 34jährigen VIIIpara durante partu. Bei der Sektion konnte die Ursache nicht gefunden werden und Vortragender meint, den Tod einem psychischen „Schock" infolge heftiger Angst vor Misshandlungen durch den Mann zuschreiben zu müssen. Der zweite Fall betraf den Tod einer Ipara, die bei einem Versuche zu Provocatio abortus plötzlich starb, und zwar, wie sich bei der Sektion ergab, infolge von Luftembolie; denn die Spitze der Kanüle der Spritze, mit welcher der Versuch zur Provokation gemacht wurde, war durch die Cervixwand hin in ein Gebärmutter-Blutgefäss geraten. Im Anschlusse an diesen Fall gibt Vortragender eine historische Übersicht über die Literatur betreffs Luftembolie bei Abortusversuchen. In der Diskussion macht de Snoo anknüpfend an Fall 1 die Bemerkung, es sei doch möglich, dass der psychische „Schock" eine perakute Eklampsie zum Vorschein gerufen habe. Er teilt zwei Fälle aus seiner eigenen Praxis mit. Es kann sehr wohl sein, dass post mortem keine Veränderungen an den Organen gefunden werden, namentlich nicht an der Leber.)

69. *Jung, Tubarschwangerschaft, bei liegendem Intrauterinstift entstanden. Mittelrhein. Ges. f. Geb. u. Gyn. Sitzg. vom 17. Nov. 1912. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. p. 369.

70. Kalmykow, K. N., Fall von Kaiserschnitt an der Toten mit lebender Frucht. Wratsch Gaz. 1912. Nr. 8. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 677. (Sarkom der Thyreoidea mit Erstickungserscheinungen; fünf Minuten nach dem Tode Sectio caesarea, lebendes Kind.)

70a. Kalmykow, Kriminelles Tentamen abortus an einer Nichtschwangeren. Verhandl. des Ärztevereins zu Rostow am Don und Nachitschewan. (H. Jentter.)
71. *Kawasoye, M., Über die Einwirkung der Röntgenstrahlen auf die Eihäute. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 488.
72. Kimura, J., Investigation of portio vaginalis of uterus in relation to conception Sei-I-Kwai Med. Journ. Tokyo. Bd. 31. p. 249.
73. *Koopmann, H., Über die Zuverlässigkeit der einzelnen Momente zur Bestimmung der mutmasslichen Niederkunft, insbesondere über den Einfluss der Frühaufnahme in die Klinik auf die Verlängerung der Schwangerschaft. Inaug.-Diss. Tübingen.
74. Kraus, E., Pyämie nach Abortus. Wissensch. Ges. deutsch. Ärzte in Böhmen. Sitzg. vom 20. Juni. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 1576. (Sektionsbefund; Streptococcus viridans in viva im Blute nachgewiesen.)
75. *Kroph, V., Zwei Fälle von tödlich verlaufener Blasenverletzung bei schwangeren Frauen. Geb.-gyn. Ges. Wien. Sitzg. vom 11. März. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 1780.
76. *Kupferberg, Fingerlange abgebrochene Hutnadel aus dem unteren Uterinsegment einer fieberhaft ausgetragenen Kreissenden extrahiert. Mittelrhein. Ges. f. Geb. u. Gyn. Sitzg. vom 16. Febr. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Ergänzungsheft. p. 402.
77. *Ladinski, L., The elastic area in the isthmus of the uterus a positive early sign of pregnancy. Med. Soc. of the County of New York. Sitzg. vom 21. April. Med. Record. New York. Bd. 84. p. 86.
78. Laensimaeki, T., Schwere Verletzungen der Scheidenblasenwand bei krimineller Provokation von Abort, letale Septikämie. Mitteil. a. d. gyn. Klinik in Helsingfors. Bd. 10. Heft 3.
79. *Lande, P., Mort subite au cours de manoeuvres abortives. Journ. de méd. de Bordeaux. Bd. 84. p. 294.
80. Latzko, Krimineller Abort. Geb.-gyn. Ges. Wien. Sitzg. vom 10. Dez. 1912. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 911.
81. *Lehnert, F., Über tödliche Vergiftung mit chlorsaurem Kalium bei einer Gravida. Zieglers Beitr. z. path. Anat. u. allg. Path. Bd. 54. Heft 3.
82. Lembke, Schwangerschaftsaufnahmen. Verhandl. d. Deutsch. Ges. f. Gyn. XV. Kongr. Leipzig. p. 380. (Röntgenaufnahmen vom 10. bis fünften Monat inkl., Demonstration.)
83. Lewenhagen, K., Über Schwangerschaft ausserhalb der Eihäute (Graviditas extramembranacea). Hygiea. 1912. Nr. 5. Ref. Gyn. Rundschau. Bd. 7. p. 341. (Drei Fälle; Ausstossung 6, 7 bzw. 15 Wochen nach dem ersten Fruchtwasserabgang; Nachgeburtsteile charakteristisch verändert.)
84. *Lichtenberg, Ureterscheidenfistel und Ureterbauchdeckenfistel. Unterelsäss. Ärzteverein. Strassburg. Sitzg. vom 26. Juli. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 1730.
85. *Liebeck, A., Das Tentamen abortus provocandi deficiente graviditate und seine rechtliche Bedeutung. Inaug.-Diss. Greifswald u. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. p. 757.
86. Liebesny, Stellungnahme der Ärzte zum Geburtenrückgang in Deutschland und Österreich. 85. Vers. deutsch. Naturf. u. Ärzte. Wien. Abt. f. Geb. u. Gyn. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 1565. (Legt den Aborten und der Anwendung antikonzeptioneller Mittel keine Bedeutung bei.)
87. Lindemann, W., Zum Infektionsbild bei Abortus criminalis (Staphylococcus pyog. aur. haemolyt., albus, Streptococcus anhaemolyticus und Bacillus aërogenes capsulatus), dessen Genese und Therapie. Brauers Beitr. z. Klinik d. Infektionskrankh. u. z. Immunitätsforschung. Bd. 1. Heft 3. (Mehrere Fälle von kriminellem Abort und Infektion mit den genannten Infektionsträgern.)
88. v. Lingen, Der kriminelle Abort. Verein St. Petersburger Ärzte. Sitzg. vom 18. Sept. 1912. St. Petersb. med. Zeitschr. Bd. 38. p. 23. (Siehe Jahresbericht Bd. 26, p. 832. In der Diskussion bestätigt Beckmann die beträchtliche Zunahme der Aborte an der gynäkologischen Abteilung des Obuchow-Hospitals.)
89. Linzenmeier und Brandes, Extrachoriale Fruchtentwickelung und ihre Bedeutung für die Entstehung kongenitaler Deformitäten. Beitr. f. klin. Chir. Bd. 82. Heft 1. (Sammlung der bis jetzt veröffentlichten Fälle.)
90. *Litschkus, L. G., Der künstliche kriminelle Abort. Russki Wratsch. Nr. 39. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 2571. (H. Jentter.)

91. *Litschkus. L. G., J. W. Grün und J. E. Wigovsky, Artefizieller Abort. XII. Pirogowscher Kongr. russ. Ärzte. St. Petersburg. Geb.-gyn. Sekt. Zentralblatt f. Gyn. Bd. 37. p. 1592.
92. *Ludwig, F., Ureter-Blasen-Scheidenfistel nach kriminellem Abort. Zeitschr. f. urol. Chir. Bd. 1. p. 459.
93. *Mc Donald, E., Diagnosis of early pregnancy. Amer. Med. März.
94. *Macht, D. J., Die Wirkung der sog. emmenagogen Öle auf den isolierten Uterus mit Bericht über einen Fall von Pennyroyalvergiftung. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 61. p. 105.
95. *Mandl, Abtreibungsversuch bei Extrauteringravidität. Geb.-gyn. Ges. Wien. Sitzg. vom 11. März. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 1789.
96. Martyn, H. L., A case of acute haemorrhagic splenitis with spontaneous rupture complicating early pregnancy. Lancet. Bd. 1. p. 317. (Ausgedehnte Milznekrosen mit Milzruptur und Blutung im 3. Monat der Schwangerschaft; trotz Laparotomie Tod, nachdem noch Abort erfolgt war.)
97. *Mayer, M., Landwirtschaftliche Erntearbeiten und Fehlgeburten. Ärztl. Sachverständ.-Zeitg. Bd. 19. p. 378.
98. Meyer, Der Geburtenrückgang in Frankreich. Zeitschr. f. Med.-Beamte. Bd. 26. p. 851. (Nennt die Abtreibung als einen der ursächlichen Faktoren.)
99. *Meyer-Rüegg, H., Der Kampf gegen die kriminelle Fruchtabtreibung. Korresp.-Bl. f. Schweizer Ärzte. Nr. 5.
100. Montanelli, Rottura spontanea del bulbo dell' aorta in gravidanza al VII. mese. Rend. d. Soc. Tosc. di ostetr. e gin. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. p. 211. (Nach einer unbedeutenden Bewegung im Bett, bei Aorteninsuffizienz und leichter Atheromatose. 23jährige Frau.)
101. *Neugebauer, F. v., 29 Fälle von Tentamen abortus provocandi bei verkannter Extrauterinschwangerschaft. Gyn. Rundschau. Bd. 7. p. 396 u. 484.
102. —* Tentamen abortus provocandi ant deficiente graviditate uterina ant praesente extrauterina. Przegl. chir. i gin. Bd. 7. p. 60. Ref. Gyn. Rundschau. Bd. 7. p. 787.
103. Nicloux und V. Balthazar, Empoisonnement d'une femme enceinte par l'oxyde de carbone; dosage du CO dans le sang de la mère et de l'enfant. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Sitzg. vom 2. Dez. 1912. Annales d'hyg. publ. et de méd. lég. 4. Serie. Bd. 20. p. 378 u. Arch. mens. d'obst. et de gyn. Febr. (Das Blut der Mutter enthielt 18 ccm, das des Fötus 4,06 ccm CO in 100 ccm Blut; tödliche Vergiftung. Da das Blut der Mutter früher gesättigt sein kann, so kann die Sectio caesarea post mortem das Leben des Kindes vielleicht noch retten.)
104. *Okintschitz, L., Zwei Fälle von Fremdkörpern in der Bauchhöhle. Shurn. akusch. i shensk. bolesn. 1912. Ref. Gyn. Rundschau. Bd. 7. p. 905.
105. *Oliver, Th., Diachylon or duty: a call to action. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 1199.
106. Opitz, Gynäkologie und Geburtenrückgang in Deutschland. Med. Ges. Giessen. Sitzg. vom 12. Nov. 1912. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 630. (Empfiehlt Aufklärung und Einschränkung der Indikationen für den künstlichen Abort, besonders unter Verwerfung der sozialen Indikation.)
107. Osuchowski, Zwei Fälle von Fruchtabtreibung infolge irrtümlicher Diagnose. Verhandl. d. gyn. Sekt. d. XI. Vers. poln. Ärzte u. Naturf. 1911. Krakau.
108. *Penkert, Fälle von kriminellen Aborten. Ärzteverein Halle. Sitzg. vom 21. Mai. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 1798.
109. Persenaire, Über indische Abortivmittel. Geneesk. Tijdschr. v. Nederl. Indie. 1911. Ref. Gyn. Rundschau. Bd. 7. p. 151. (Mittel pflanzlicher Natur; nur in einem Bezirk wird mechanische Abtreibung mittelst Einführung von Blattstengeln getrieben.)
110. *Péry, Hydrorrhée amniotique de longue durée. Soc. obst. de Bordeaux. Sitzg. vom 25. Juli 1911. Annales de gyn. et d'obst. 2. Serie. Bd. 10. p. 163.
111. *Peters, Zur Publikation Schottländers: „Über die Bestimmung der Schwangerschaftsdauer auf Grund histologischer Plazentarbefunde und über etwaige praktische Verwertbarkeit dieser Befunde". Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 373.
112. *— H., Nochmals zu: Schottländer, Über die Bestimmung der Schwangerschaft auf Grund histologischer Plazentarbefunde und über etwaige praktische Verwertbarkeit dieser Befunde. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 1065.
113. *Pilf, T., Über die Ursachen des Geburtenrückgangs in Deutschland. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 261.

114. *Potocki, La radiographie du foetus in utero; indications techniques. Soc. obst. de Françe. 1912. Annales de gyn. et d'obst. 2. Serie. Bd. 10. p. 126.
115. *— Delherm und Laquerrière, La radiographie du foetus in utero; indications techniques. Congr. de l'assoc. pour l'avancement des sciences. Tunis u. Sect. d'éléctr. méd. Soc. de méd. de Paris. Sitzg. vom 11. April. Gaz. des Hôp. Bd. 86. p. 778 u. 780.
115a. Power of State Board to revoke license; insufficient complaint and inadmissible evidence in alleged criminal abortion. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 60. p. 157. (Nichtbestätigung eines Urteils auf Entziehung des Diploms wegen nicht begründeter Anklage gegen einen Arzt auf kriminelle Schwangerschaftsunterbrechung.)
115b. Prinzing, Kritische Bemerkungen zum Problem des Geburtenrückganges in Deutschland. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 610. (Hält den Einfluss der kriminellen Fruchtabtreibung auf den Geburtenrückgang für nicht erwiesen und für sehr fraglich.)
116. *Rachfahl, H., Pfählungsverletzungen und weibliche Genitalien. Inaug.-Diss. Breslau.
117. Ramos, A. P., Abtreibungsversuche bei Extrauterinschwangerschaft. Semana med. Buenos Aires. 1912. 31. Okt.
118. Rauch, Sozialdemokratie und Geburtenrückgang. Zeitschr. f. Med.-Beamte. Bd. 26. p. 107. (Erwähnt einen öffentlichen Vortrag einer Frau Wartenberg, in welchem unter Vorzeigung von Lichtbildern für Konzeptionsbehinderung Propaganda gemacht und das Recht der Frau, über ihren eigenen Körper frei verfügen zu können, verteidigt wurde.)
119. Resinelli, Rottura spontanea dell' utero lungo la cicatrice di precesso taglio cesareo con incisione sul fondo alla Fritsch. Rend. d. Soc. Tosc. di Ostetr. e Gin. Bd. 4. p. 142. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. p. 201. (Zu Beginn der Wehen Ruptur der Fundalschnittnarbe.)
120. Rights antedating birth. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 60. p. 1386. (Abweisung einer Entschädigungsklage seitens eines Kindes wegen Beschädigung durch Überfahren der Mutter 36 Tage vor der Niederkunft.)
121. *Ritter und Hallwachs, Über den Rückgang der Geburtenziffern im Regierungsbezirk Stade. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. u. öff. Sanitätswesen. 3. Folge. Bd. 46. p. 348.
122. *Rohleder, H., Der Geburtenrückgang — eine Kulturfrage. Berl. Klinik. Heft 297.
123. *Rosenstein, Tentamen abortus provocandi graviditate extrauterina. Gyn. Ges. Breslau. Sitzg. vom 29. April. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 1264.
124. *Roth, O., Zur Kenntnis der Nitrobenzolvergiftung. Zentralbl. f. inn. Med. Bd. 34. p. 417.
125. *Samuels, J., Über extrachoriale Fruchtentwickelung. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 73. p. 631.
126. *Schäffer, R., Statistische Beiträge zum Geburtenrückgang in Deutschland. Ges. f. Geb. u. Gyn. Berlin. Sitzg. vom 14. März. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 74. p. 951.
127. Schmid, H. H., Nochmals zum Kampf gegen die kriminelle Fruchtabtreibung. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 207. (Polemik gegen Hirsch, siehe Jahresbericht Bd. 26.)
128. *Schottlaender, J., Über die Bestimmung der Schwangerschaftsdauer auf Grund histologischer Plazentarbefunde und über etwaige praktische Verwertbarkeit dieser Befunde. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 193.
129. *— Nochmals: Über die Bestimmung der Schwangerschaftsdauer auf Grund histologischer Plazentarbefunde und über etwaige praktische Verwertbarkeit dieser Befunde. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 806. Geb.-gyn. Ges. Wien. Sitzg. vom 14. Jan. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 1195.
130. *Schütze, Fremdkörper im Cavum uteri. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 23. Nov. 1912. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. p. 224.
131. Schwarz, Ruptur des graviden Uterus nach vorausgegangenem klassischen Kaiserschnitt. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 815. (Spontanruptur in der Narbe $3^1/_2$ Jahre nach dem Kaiserschnitt.)
132. *Schwarzwäller, Verletzungen und Schädigungen der Gebärmutter durch Fremdkörper. Wissensch. Ärzteverein Stettin. Sitzg. vom 8. April. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 1133.
133. Sellheim, Fall von Uteruszerreissung in der Schwangerschaft. Verhandl. d. Deutsch. Ges. f. Gyn. XV. Kongr. Leipzig. p. 374. (Die Zerreissung hat wahrscheinlich im 1.—2. Monat begonnen; Ursache unklar.)

134. Silvestri, T., Abort nach Adrenalineinspritzungen. Gazz. degli osped. e d. clin. Nr. 129. (Zwei Fälle; das Adrenalin war wegen Lungentuberkulose eingespritzt worden.)
135. *Singer, H., Versuch einer Fruchtabtreibung bei Gegenwart einer ektopischen Schwangerschaft, zugleich Beiträge zu den violenten Rupturen der Extrauteringraviditäten. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 961.
136. *Sippel, A., Die Massage des Uterus. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 1029.
137. *Sonnenberg, J., Intakte Tubargravidität trotz intrauterinen Eingriffs und wiederholter bimanueller Untersuchungen nebst Bemerkungen zur Diagnose der Tubargravidität. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. p. 179.
137a. Stroinowsky, Ein Fall von krimineller Fruchtabtreibung und Tentamen abortus. Zeitschr. f. öff. Hygiene, gerichtl. u. prakt. Med. (Russisch.) April. (H. Jentter.)
138. Swayne, W., Spontaneous rupture of the uterus in pregnancy. Midland Obst. and Gyn. Soc. Sitzg. vom 6. Dez. 1912. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 119. (Ruptur in der 38. Woche an der Stelle einer Verletzung durch die Curette, die vor zwei Jahren zur Abortausräumung angewandt worden war.)
139. *Thorn, Über die Ursachen des Geburtenrückganges und die Mittel zu seiner Bekämpfung, unter besonderer Berücksichtigung der Verhältnisse der Stadt Magdeburg. Prakt. Ergebn. d. Geb. u. Gyn. Bd. 5. Heft 1.
140. *Tissier, Der künstliche Abort und das Gesetz. Arch. mens. d'Obst. et de Gyn. Jan.
141. Tönniges, C., Der Geburtenrückgang und die drohende Entvölkerung Deutschlands. Leipzig, H. Hedewigs Nachf.
142. *Tomaselli, G., Zwei Fälle von zufälliger Pfählungsverletzung. Morgagni. 1912. T. I. Nr. 11. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 1544.
143. Tschunichin, P. N., Zur Frage über Abort. XII. Pirogowscher Kongr. russ. Ärzte. St. Petersb. geb.-gyn. Sekt. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 1593. (Führt die Zunahme des kriminellen Abortus auf soziale Umstände, besonders auf die Teuerung der Lebensmittel zurück; in Charkow wird der Abort von den Frauen selbst durch Einführung von Nadeln, Sonden, Laminaria etc. häufig einzuleiten versucht.)
144. Turenne, A., Versuch der kriminellen Aborteinleitung bei Extrauterinschwangerschaft. Arch. mens. d'Obst. et de Gyn. Bd. 2. Nr. 10.
145. Tymienicki, Symphysenvereiterung. Przegl. chir. i gin. Bd. 5. p. 244. Ref. Gyn. Rundschau. Bd. 7. p. 35. (Wahrscheinlich durch Trauma — Schlag — gegen die Unterbauchgegend 14 Tage ante partum.)
146. Vagedes, Über einen Fall von Spontanruptur des kreissenden Uterus nach Sectio caesarea. Niederrhein.-westf. Ges. f. Gyn. u. Geb. Sitzg. vom 1. Dez. 1912. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Ergänzungsheft. p. 382. (In der Narbe nach Sekalegabe.)
147. *Veit, J., Die Gefahren der künstlichen Sterilität. Ärzteverein Halle. Sitzg. vom 8. Mai. Med. Klinik. Bd. 9. p. 1269.
148. *— Über die Ursachen der Verminderung der Fruchtbarkeit. Prakt. Ergebn. d. Geb. u. Gyn. Bd. 5. Heft 1.
149. Voigt, Exstirpation des graviden Uterus in der zweiten Woche. Med. Ges. Göttingen. Sitzg. vom 13. Febr. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 530. (Selbsteinführung eines spitzen Gummispülrohrs und Klysopompspülung wegen Ausbleiben der Menses, Eindringen des Spülwassers zwischen die Blätter des breiten Mutterbandes.)
150. *Witting, und König Der Geburtenrückgang im Bezirk Marienwerder und seine Ursachen. Med.-Beamten-Vers. d. Regierungsbez. Marienwerder vom 25. Nov. 1912 in Graudenz. Zeitschr. f. Med.-Beamte. Bd. 26. 1. Beil. p. 161.
151. *Weiss, E. A., Some moral and ethical aspects of feticide. Amer. Assoc. of Obst. and Gyn. 25. Jahresvers. Amer. Journ. of Obst. Bd. 67. p. 72.
152. *Waeber, A., Bericht über 593 Aborte mit spezieller Berücksichtigung der Therapie des fieberhaften Aborts. St. Petersb. med. Zeitschr. Bd. 38. p. 163.
153. Wolf, J., Der Geburtenrückgang und seine Bekämpfung. Schles. Ges. f. vaterl. Kultur. Sitzg. vom 15. u. 22. Nov. 1912. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 186 u. 279. (Diskussion zu Wolf, Jahresbericht Bd. 26, p. 832: Küstner erklärt die in den Uterus eingelegten konzeptionsverhindernden Mittel als Abortivmittel und ihre Anwendung für strafbar, lässt aber die Frage offen, ob ein Verbot der Anpreisung konzeptionsverhindernder Mittel allein wirksam sein wird. Partsch spricht sich für die

Unterdrückung der öffentlichen Anpreisung solcher Mittel und für Bekämpfung des Kurpfuschertums und des Geheimmittelverkehrs aus, ebenso S. Wolffberg, Alexander, Vierhaus, während Asch auf die erschreckende Zunahme der kriminellen Aborte hinweist.)
154. Wolf, J., Entgegnung. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 287.
155. *Wolffberg, Augenärztliche Bemerkungen zur Frage der künstlichen Unterbrechung der Gravidität. Wochenschr. f. Therap. u. Hyg. d. Auges. Nr. 13.
156. *Wrangham, W., Diachylon or duty, a call to action. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 1297.
157. Wygodzki, Der künstliche Abort vom medizinischen und vom sozialen Standpunkt aus betrachtet. Przegl. Lek. 1912. Nr. 10.
158. *Zimbler, A., Ein Fall von Uterusperforation durch einen Fremdkörper. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 1773.
159. *Zinsser, Abtreibungsversuch bei Extrauteringravidität. Ges. d. Charitéärzte. Sitzg. vom 5. Dez. 1912. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 137.
160. *Zweifel, E., Krimineller Abortivversuch bei nicht bestehender Schwangerschaft. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 1679.

Frühdiagnose und histologische Diagnose der Schwangerschaft.

Ladinski (77) bezeichnet eine runde Stelle der vorderen Uteruswand in der Mittellinie gerade oberhalb der Vereinigung von Korpus und Cervix, wenn sie elastische Fluktuation bietet, als ein sicheres Frühsymptom der Schwangerschaft, das schon in der fünften Woche nachgewiesen werden kann.

Mc Donald (93) legt Gewicht auf gleichzeitiges Vorhandensein mehrerer Merkmale und glaubt, dass das Hegarsche Zeichen und die grössere Fluktuierbarkeit des Uterus — zugleich mit Vergrösserung und unregelmässiger Kontraktion — die Diagnose Schwangerschaft schon 10 Tage nach Ausbleiben der ersten Regel ermöglichen.

Heynemann (58) gelang der Nachweis der Frucht mittelst Röntgenstrahlen erst vom siebenten Monate an regelmässig, früher nur ausnahmsweise.

Potocki, Delherm und Laquerrière (114, 115) erzielten scharfe Röntgenbilder des Fötusskeletts im achten und neunten, aber auch schon im sechsten und siebenten Monat, in einem Falle mit $4^1/_2$ Monaten. In der Diskussion teilt Weill mit, dass ihm die Darstellung des Kopfes, der Wirbelsäule, der Rippen und Gliedmassen und selbst der Gedärme bei $2^1/_2$ Monaten gelungen sei.

Huffmann (62) hält die Unterscheidung von menstrueller und Schwangerschaftsdecidua auf mikroskopischem Wege für möglich, indem die Zellen der Graviditätsdecidua grösser und dichter angeordnet sind und dichte wohlumgrenzte Kerne haben, während die Zellen der menstruellen Decidua kleiner und nicht so dicht angeordnet sind und pyknotische Kerne zeigen.

Schottländer (128) fand in dem histologischen Befunde der Eiteile gewisse Merkmale, die auf das Alter des Eies schliessen lassen. Im ersten bis dritten Monat liegen die Zottendurchschnitte weit auseinander, das Stroma ist zellarm, die intervillösen Räume sind meist ganz blutleer und in ihnen finden sich zahlreiche Trophoblastbalken und viele synzytiale Knospen, die Trophoblastzellen sind sehr gut begrenzt und enthalten grosse, von denen des Synzytium wenig abstechende Kerne; das Synzytium ist sehr reich an Protoplasma. Ausserdem finden sich kernhaltige rote Blutkörperchen in den Zottengefässen und der Chorinmembran, und zwar vor der sechsten Woche schwachfarbige ichthyoide, von der achten Woche an sauroide rote Blutzellen, die von der zehnten Woche an zu zerfallen anfangen und mit 12 Wochen nur mehr vereinzelt vorhanden sind.

Im vierten und fünften Monat liegen die Zottendurchschnitte näher aneinander und sind weniger gross und plump, das Zottenstroma ist zellreicher, an den Trophoblastbalken zeigt sich fibrinöse Degeneration, die synzytialen Knospen sind ärmer an Protoplasma, die Kerne dunkler gefärbt und besser von Trophoblastkernen zu unterscheiden, die Trophoblastzellen von der synzytialen Schicht nicht mehr so deutlich abzugrenzen und an Zahl abnehmend; an der Chorionmembran ist das doppelte Epithel in der 15. Woche verschwunden.

Vom sechsten Monat an sind die Zottendurchschnitte viel zahlreicher und kleiner, die intervillösen Räume stets mit Blut gefüllt, die Trophoblastbalken viel spärlicher und vollkommen fibrinös degeneriert, freiliegende synzytiale Knospen fehlen, das Zottenstroma ist derber, das Zottenepithel besteht aus protoplasmaarmem Synzytium.

Blutergüsse und Infarktbildungen können schon in der ersten Monaten die Befunde wesentlich trüben, jedoch kann bei Vorhandensein eines frischen Stückes Zottengewebe mit Chorionmembran die Beurteilung für forense Fälle auch bei falscher Anamnese ermöglicht werden.

In der Diskussion bestätigt Hitschmann, dass innerhalb gewisser Grenzen Altersbestimmungen gut möglich sind, dass aber pathologische Epithelschädigungen (z. B. bei Syphilis und Nephritis) dabei sehr störend sind und Fehlschlüsse hervorrufen können.

Peters (111) erklärt die Schottländerschen Befunde, besonders bezüglich des Schwundes der Langerhansschen Schicht von der 15. Woche an für nicht konstant, da dieser Schwund sich über viele Wochen hin erstrecken kann, ferner dass auch der Befund der doppelten Schicht Epithel an der Chorionplatte einen Altersunterschied von etwa zwei Wochen kaum annehmen lässt. Eine Verwertung dieser Befunde für gerichtliche Zwecke hält er deshalb wegen der breiten physiologischen Grenzen der Vorgänge und der völlig unsicheren pathologischen Beeinflussungen für sehr zweifelhaft. Im übrigen handelt es sich für gerichtliche Zwecke viel mehr um die Frage, ob überhaupt Schwangerschaft vorhanden war, als von welchem Alter sie gewesen ist.

Schottländer (129) verteidigt die von ihm und Jägerroos erhobenen Befunde gegenüber den Einwänden von Peters und betont besonders, dass er die praktische Verwertbarkeit der Befunde in gerichtlich-medizinischen Fällen nur mit Vorsicht ausgesprochen habe. Dennoch können die Befunde an ausgeräumten Eiteilen und deren Übereinstimmung mit einer etwa aufgefundenen unreifen Frucht oder mit der Zeit eines einzigen ausgeübten Geschlechtsverkehrs zur Klärung eines Falles beitragen.

Peters (112) erwähnt in einer weiteren Entgegnung, dass die Befunde von Schottländer und Jägerroos wegen der mannigfaltigen Schwankungen in der Entwickelung der Zotten etc. nicht eindeutig und für die Verwertung in foro nicht sicher verwertbar sind und betont neuerdings, dass die Schätzung des Alters des Eies aus Plazentarbefunden in gerichtlich-medizinischer Beziehung sehr selten in Betracht kommt.

Corin und Welsch (22) fanden bei Untersuchung von Blutflecken, die von einem Abort oder einer Entbindung herrührten, in 80 Fällen die Abderhaldensche Reaktion stets positiv. Die untersuchten Blutflecken waren 2—65 Tage alt. Hiernach ist der Nachweis der Herkunft eines Blutfleckens von einer Geburt oder von einem Abortus, sowie die Unterscheidung der mütterlichen oder fötalen Herkunft durch die Abderhaldensche Probe ermöglicht.

Dauer der Schwangerschaft.

L. Fränkel (35) schliesst aus den Befunden an dem Alter des Corpus luteum, dass die Ovulation zwischen zwei Menstruationen eintritt und die Konzeption in der Mehrzahl der Fälle sehr bald nach der Ovulation und vor der — dann ausbleibenden — Menstruation stattfindet, dass also die Schwangerschaft um 10—14 Tage kürzer dauert, als bisher berechnet wurde.

Hart (52, 53) gibt an, dass die Dauer der menschlichen Schwangerschaft nur annähernd geschätzt werden kann, und glaubt, dass bei Schwangerschaften von 330tägiger Dauer das Ei einer späteren Periode befruchtet worden ist. In der Diskussion teilt Haultain einen Fall von dreimaliger stark verlängerter Schwangerschaft ($2^1/_2$ Monate, 6 Wochen und 2 Wochen) bei derselben Frau mit; das zweite Kind war über 5900, das dritte über 4500 g schwer.

Koopmann (73) fand, dass die letzte Menstruation in der Hälfte der Fälle, die Angaben über die befruchtende Kohabitation dagegen so gut wie nie zur Bestimmung der Schwangerschaftsdauer verwendbar sind. Ein Unterschied der Schwangerschaftsdauer bei Verheirateten und Ledigen liess sich nicht feststellen. Frühaufnahme in die Klinik disponiert zu später Niederkunft. Eine Steigerung der Länge und des Gewichtes des Kindes ergab sich bei Verlängerung der Schwangerschaftsdauer in manchen Fällen, aber durchaus nicht konstant.

Jaworski (64) erwähnt einen Fall von Missed abortion, der zur Scheidungsklage Veranlassung gab, indem der sechs Monate abwesende und noch $2^1/_2$ Monate kranke Ehemann das Kind nicht anerkannte, das in der Entwickelung dem 6.—7. Monat entsprach und totgeboren wurde. Es war aber vor der Abreise des Gatten von Jaworski eine Schwangerschaft in der dritten Woche festgestellt worden und die Klage wurde abgewiesen.

Bezüglich der Beurteilung der Dauer der Schwangerschaft aus den Kennzeichen der Reife siehe Neugeborenes Kind.

Häufigkeit der kriminellen Aborte und deren Bedeutung für den Geburtenrückgang.

Meyer-Ruegg (99) empfiehlt zur Einschränkung des kriminellen Abortus die Erhöhung der ethischen Bewertung der Abtreibung in der Allgemeinheit, die enge Begrenzung der ärztlichen Indikationen für künstlichen Abort und die Besserstellung der Hebammen.

Tissier (140) betont, dass nach französischem Gesetz der künstliche Abort aus ärztlichen Gründen unter den Begriff der Aborteinleitung als eines Verbrechens fällt und ein illegaler Eingriff ist. Er wünscht daher, dass ein solcher Eingriff stets in voller Öffentlichkeit ausgeführt wird, d. h. unter Beiziehung eines oder mehrerer Ärzte, unter schriftlicher Niederlegung der Gründe des gemachten Eingriffes und womöglich unter Mitteilung dieses Schriftstückes an die Gerichtsbehörde.

Weiss (151) beklagt die rapide Zunahme der Aborte und fordert die grösstmöglichste Einschränkung vom moralischen und ethischen Standpunkte aus, besonders unter Hinweis auf die Verantwortlichkeit der medizinischen Lehrer. In der Diskussion werden die Anschauungen im allgemeinen anerkannt unter Wahrung der Berechtigung der Aborteinleitung bei strenger Indikationsstellung, allerdings teilweise auch unter Hinweis darauf, dass die Indikationen vielfach in laxer Weise erweitert worden sind.

Wolffberg (155) erörtert den Rechtsschutz gegenüber künstlicher Aborteinleitung bei drohender Erblindungsgefahr, der im bisherigen Strafgesetzbuche wenigstens theoretisch nicht besteht, während der Vorentwurf wesentlich besseren Schutz sichert.

Auch Budde (18) sieht in dem Kampf gegen die Verbreitung antikonzeptioneller und Abtreibemittel ein Mittel zur Bekämpfung des Geburtenrückganges.

Chop (21) beschuldigt als hauptsächlichste Ursachen des Geburtenrückganges Konzeptionsbehinderung und Abtreiberei. Er empfiehlt Verbot des Verkaufs konzeptionsbehindernder Mittel und der bekannten Abtreibespritzen, Überwachung der Zeitungsannoncen, Straffreiheit für Schwangere, wenn sie den Abtreiber nennen und eine Zeitlang sich mustergültig führen, endlich sofortige Meldepflicht bei jedem Abort für Arzt und Hebamme und Trennung der puerperalen Erkrankungs- und Todesfälle nach Abort und nach rechtzeitiger Geburt. An die ärztliche Schweigepflicht darf nicht getastet werden.

v. Behr-Pinnow (10) nimmt ebenfalls die Zunahme der kriminellen Aborte und des Gebrauchs der Präventivmittel als ursächliche Faktoren für den Geburtenrückgang an und lehnt eine Milderung der strafgesetzlichen Bestimmungen gegen die Fruchtabtreibung ab; dagegen wird ein Verbot des Vertriebs konzeptionsbehindernder Mittel dringend befürwortet.

Fehling (33) sieht in der Zunahme der Aborte, besonders der kriminellen, einen der Faktoren, die den Geburtenrückgang bewirken. Er betont die Pflicht der Ärzte, laxe Indikationen zur künstlichen Aborteinleitung, besonders auch die soziale Indikation, auszuschliessen.

Gräfe (42) sieht in der marktschreierischen Anpreisung von konzeptionsbehindernden Mitteln und in der Zunahme des kriminellen Abortus einen Hauptfaktor für den Geburtenrückgang und wünscht, dass alle öffentlichen und versteckten Anpreisungen dieser Art unter Strafe gestellt würden. In der Diskussion stimmen Plaut, Langerhans und Thies diesen Ausführungen bei und Langerhans und Thies bezeichnen besonders den Gebrauch der Intrauterinpessare als Schwangerschaftsverhütungsmittel als weitverbreitet und gefährlich.

v. Gruber (45) sieht in dem Geburtenrückgang und dem Zweikindersystem den Ruin des Volkes und schlägt u. a. die Unterdrückung von Herstellung, Verkauf und Anpreisung der lediglich zur Verhinderung der Konzeption bestimmten Mittel und die drakonische Bestrafung der Beihilfe zur Fruchtabtreibung, während die Fälle, in denen der ärztliche Eingriff angezeigt ist, wissenschaftlich genau festzustellen und unter wirksame sachverständige Kontrolle zu stellen sind.

Herbst (57) führt unter den Ursachen des Geburtenrückganges den schwunghaften Handel mit antikonzeptionellen und Abtreibemitteln an.

Hillenberg (59) erklärt die Fruchtabtreibung als wesentlichen ursächlichen Faktor für den Geburtenrückgang.

Pilf (113) erwähnt den schwunghaften Handel mit konzeptionsbehindernden und Abtreibemitteln und die aufdringliche Anpreisung solcher und sieht darin eine der Ursachen des Geburtenrückganges.

Ritter und Hallwachs (121) führen den Geburtenrückgang u. a. auf die konzeptions-

behindernden Mittel und deren allgemeinen Verkauf, besonders auch im Hausierhandel, und auf die Zunahme der besonders durch Kurpfuscher professionell betriebenen Fruchtabtreibung zurück.

Auch Rohleder (122) bezeichnet den künstlichen Abortus als eine der Ursachen des Geburtenrückganges und fordert Bekämpfung des strafbaren Abortus.

Schäffer (126) führt den Geburtenrückgang nicht auf die Zunahme der Aborte zurück, die tatsächlich nicht zugenommen haben, sondern auf den ausgedehnten Gebrauch der antikonzeptionellen Mittel, den E. Martin in der Diskussion für Arbeiterkreise mit mittlerem Verdienst bestätigt, indem die Intrauterinstifte in diesen Kreisen von Hausiererinnen verbreitet und auch eingelegt werden. Strassmann und Bumm suchen den Grund mehr in allgemeinen sozialen Verhältnissen und veränderten ethischen Anschauungen.

Thorn (139) beschuldigt das Überhandnehmen des kriminellen Abortus als wichtigen Faktor des Geburtenrückganges und hebt die in allen Bevölkerungsschichten eingetretene Umwertung der Moral hervor, die die Abtreibung nicht mehr als Verbrechen ansieht, sondern deren Bestrafung als rückständig aufgefasst und für die Frau das Recht der freien Verfügung über ihren Körper fordert. Er verlangt das Verbot der bekannten Mutterspritzen mit langem Spritzenansatz, der Intrauterinpessare und Sterilette und fordert für den künstlichen Abort die Indikationsstellung zweier voneinander unabhängiger Ärzte.

Veit (147, 148) bespricht Methoden, Häufigkeit und Folgen des kriminellen Abortus und der künstlichen Sterilität und bezeichnet die Einlegung eines Okklusivpessars bei gesunden Frauen als ein Vorgehen, das unberechtigt, eines Arztes unwürdig und eine Körperverletzung ist und deshalb vom Gesetz unter Strafe gestellt werden sollte. In der Diskussion spricht sich Gräfe für die Straflosigkeit solcher Personen aus, die an sich den kriminellen Abort ausführen liessen und durch Furcht vor Bestrafung von der Anzeige abgehalten werden.

Witting und König (150) bezeichnen die Konzeptionsbehinderung als häufigere Ursache des Geburtenrückganges, als Fruchtabtreibung.

Balard (7) beschuldigt als Ursache des Geburtenrückganges vor allem die Behinderung der Konzeption, als deren Verteidiger er leider einige deutsche ärztliche Schriftsteller anzuführen den Anlass findet, ausserdem die Zunahme der Aborte, die zum grössten Teil kriminell sind. Für die geburtshilflichen Anstalten in Bordeaux weist er seit 1892 eine beträchtliche Zunahme der Aborte und Frühgeburten und eine Abnahme der rechtzeitigen Geburten nach.

Goldstein (40) geht so weit, zu behaupten, dass fast alle Frauen des Verbrechens gegen den § 218 des RStrGB. schuldig sind, was in einer Entgegnung von Wolf geleugnet wird, erklärt aber den Versuch der Abtreibung am untauglichen Objekt für eine Monstrosität.

Grünspan (47) berechnet nach den Hebammentagebüchern für Magdeburg, dass auf jede vierte bis fünfte rechtzeitige Geburt eine Fehlgeburt kommt und dass unter Berücksichtigung der Totgeburten und nicht gemeldeten Fehlgeburten etwa ein Drittel aller Konzeptionen nicht zu einer lebensfähigen Frucht führt. Bei Unverheirateten ist die Zahl der Fehlgeburten etwas grösser, namentlich erheblich grösser bei Personen bis zu 20 Jahren, was höchstwahrscheinlich auf kriminellen Abort zu beziehen ist. Von den untersuchten Fehlgeburten hatten 80% den dritten Schwangerschaftsmonat nicht überschritten.

Litschkuss (90) will die Aborteinleitung aus ärztlicher Indikation für straffrei erklärt wissen, wenn mindestens drei Ärzte die Indikation anerkannt haben. Dabei werden soziale und rassenhygienische Indikationen zugelassen. Die Aborteinleitung soll nur in Anstalten statthaft sein.

Nach von Litschkuss, Grün und Wigodsky (91) erstatteten Referaten wurde auf dem Pirogowschen Kongress folgende Resolution über den künstlichen Abortus angenommen: die Mutter darf für den artefiziellen Abort nicht verfolgt werden; die Ärzte müssen von Verantwortung befreit werden, wenn sie auf dringende Bitten der Mutter den Abort ausgeführt haben; Ärzte, welche aus Gewinnsucht den Abort professionell ausführen, sollen vor das Gericht der Ärztekammer gestellt werden.

Bayer (81) spricht sich gegen die Einleitung des künstlichen Abortus aus rassehygienischen Gründen aus, indem er zugleich die zunehmende laxe Auffassung in der Beurteilung der Fruchtabtreibung noch weiter zu unterstützen warnt.

Hegar (54) bespricht den fahrlässigen Abort, der strafrechtlich in die Gruppe der fahrlässigen Körperverletzungen gehört oder als fahrlässige Tötung in bezug auf die Frucht behandelt werden kann, und warnt vor allen Eingriffen, die imstande sein könnten, eine etwa bestehende Schwangerschaft zu stören, ganz besonders vor Anwendung der Sonde.

Kasuistik zur kriminellen Fruchtabtreibung.

Behm (9) warnt vor allen Ballonspritzen zu Scheidenspülungen, besonders vor „Ladys Friend", „Gloriaspritze" und „Wunder-Frauendusche", die als Abtreibeinstrumente gebraucht werden und Luftembolie (in Berlin kommen alljährlich 10—12 Fälle von Luftembolie bei Abortus zur Sektion) hervorrufen können. Der freie Verkauf solcher Instrumente sollte verboten werden. Von den Todesfällen haben sich einige während, andere gleich nach der Injektion ereignet. Eine Leiche sollte von den Leuten in einem Sack ins Wasser geworfen werden, als die Sistierung erfolgte.

Waeber (152) fand unter 66 fieberhaften Aborten 29 (= 44%) kriminelle.

Arnoud (5) beschreibt einen kriminellen Abort im vierten Monat der Schwangerschaft mit heftiger Blutung und Peritonitis. Bei der Laparotomie fand sich keine Uterusperforation. Exitus. In der Umgebung der Frau hatte man eingewickelt eine Gummisonde gefunden.

Asch (6) beobachtete bei einem an Sepsis gestorbenen 16jährigen Mädchen, dass der Fundus völlig aufgebrochen war und den geschwürigen Ausgang für die eitrige Peritonitis darbot. Die eigene Mutter soll die Injektion zur Abtreibung vorgenommen haben.

Brenner (14) berichtet über einen Fall von intrauteriner Alauninjektion in den Uterus zwei Tage nach Ausbleiben der fälligen Menstruation, wobei Injektionsflüssigkeit durch die Tuben ins Abdomen eindrang und Peritonitis entstand, so dass der Uterus exstirpiert werden musste.

Brickner (15) beobachtete Verjauchung eines gestielten Myoms nach einem von einer Hebamme in der sechsten Woche der Schwangerschaft ausgeführten Abtreibeversuch.

Fraenkel (34) berichtet über einen Todesfall nach kriminellem Abort durch Infektion mit Bacillus emphysematosus, in welchem sich bei der Sektion neben Schaumorganen ein missfarbener Uterus fand, dessen Wandung durch Bildung von Hohlräumen zwischen den Muskelfasern ein feinschwammiges Gefüge bekommen hatte.

Freund (37) beschreibt einen ätiologisch zweifelhaft gebliebenen Fall von Laparotomie wegen Sepsis bei einer im vierten Monate Schwangeren (angeblich nach Sturz), wobei sich links unter dem Tubenansatz eine perforierende stecknadelkopfgrosse Öffnung, eine starke Hämorrhagie in der Uteruswand und in der Tiefe des Douglas ein Geschwür fand. Ein Abtreibeversuch wird in Abrede gestellt.

Grover (44) beschreibt einen Fall von Perforation des Uterus an der Hinterwand nahe dem Fundus, offenbar infolge eines Abtreibeversuchs. Es erfolgte akuteste Peritonitis durch Kolibazillen und Exitus nach wenig Tagen.

Penkert (108) beschreibt mehrere septisch verlaufene Fälle von kriminellem Abort mit Pleuritis und Peritonitis, ferner vier Fälle, bei welchen bei der Austastung des Uterus an der Vorder- und Hinterwand bis zu 5 cm lange Risse in der Muskulatur gefunden wurden, und einen Fall mit Zerreissung der Hinterlippe und Einriss der Douglastasche mit Exsudat hinter dem Uterus und Durchbruch ins Rektum. Ausserdem wird ein tödlicher Fall mit Riss in der vorderen und in der hinteren Uteruswand beschrieben, welch letzterer nach eitriger Einschmelzung Eiter in die Bauchhöhle austreten liess. Endlich wird ein Tentamen abortus bei fehlender Schwangerschaft mittelst Spritze mit septischen Erscheinungen und ein Fall von Haematocele retrouterina durch Einlegung des Hohlwegschen Pessars erwähnt.

In der Diskussion erwähnt Beneke einen plötzlichen Todesfall an Luftembolie nach Versuch der Abtreibung mittelst Spritze. Das sonst normale Ei (Mitte des zweiten Monats) zeigte eine kleine Verletzung der Eihäute und der Plazenta und Luftgehalt aller Uterusvenen, des rechten Herzens und der Lungenarterie.

Andéroïdras (3) entfernte aus dem Uterus einer Abortierenden eine abgebrochene Kanüle, welche in die Plazenta eingespiesst war und wahrscheinlich von der Gravida selbst eingeführt worden war. In der Diskussion berichten Charbonnel und Fieux über eine Haarnadel und Fieux über einen Laminariastift im Uterus.

Caruso (20) teilt zwei Fälle von Fruchtabtreibungsversuch mittelst Hühnerfedern, die vorne mit den eigenen Kopfhaaren umwickelt waren, mit — ein Mittel, das in Sizilien gebräuchlich sein soll. Beide Gravidae starben an Sepsis.

Douglas (27) entfernte bei einer Gravida, die sich 10 Wochen vorher selbst ein Bougie eingeführt hatte, weil die Menses um zwei Wochen überfällig waren, das 30 cm lange Bougie aus einer abgekapselten Abszesshöhle, die mit jauchigem Eiter angefüllt und dicht unter dem Bauchfell gelegen war. Nach 12 Wochen trat der Abort ein. Das Bougie hatte wahrscheinlich ohne Verletzung des Eies den unteren Teil des Uterus durchbohrt und war vielleicht mit einem Ende noch im Uterus gesteckt, so dass bei seiner Entfernung der Abort zustande kam.

In der Diskussion erwähnt De Forest einen Fall von T. G. Thomas, in welchem eine Frau, die nicht schwanger war, in der Furcht, es zu sein, sich eine nahezu 40 cm lange, vorne spitz zugefeilte Regenschirmspange in den Uterus einführte, die in die Bauchhöhle entschlüpfte und nach mehrfacher Durchbohrung des Mesenteriums durch Leber und Zwerchfell in die rechte Pleurahöhle eindrang und den plötzlichen Tod verursachte.

Fuchs (38) entfernte aus dem Uterus ein Holzstäbchen (angeblich häufig gebrauchte Form der Abtreibung in einem Dorfe), das bei nicht bestehender Schwangerschaft zum Versuch der Abtreibung von der Schwangeren selbst eingeführt worden war.

In der Diskussion hebt Schiller hervor, dass die Frauen sich die bekannte käufliche Mutterspritze selbst unter ungünstigen Umständen selbst einzuführen imstande sind, und teilt einen derartigen Fall mit tödlichem Ausgange durch Peritonitis infolge eitriger Salpingitis mit.

Green (43) beobachtete Uterusperforation durch einen knöchernen Häkelhaken bei Selbsteinleitung des Abortus und Zurückbleiben des Fremdkörpers in der Bauchhöhle ohne Peritonitis; Entfernung durch Laparotomie.

Heineck (55) entfernte mehrmals Intrauterinpessare aus dem Uterus, die zur Konzeptionsverhütung eingeführt diese Wirkung verfehlt und Abortus hervorgerufen hatten, und bezeichnet diese Mittel als ebenso gefährlich wie nutzlos zur Erreichung des gewollten Zweckes.

Kupferberg (76) entfernte bei einer Kreissenden bei rechtzeitiger Geburt aus dem unteren Uterussegment eine abgebrochene verrostete Hutnadel, die wahrscheinlich vor sieben Monaten zum Versuch der Abtreibung eingeführt worden war.

In der Diskussion erwähnt Baerwald die Gegenwart einer wahrscheinlich bei einem früheren Kaiserschnitt in der Uterusmuskulatur abgebrochenen Nadel, welche bei Totalexstirpation wegen Prolapses gefunden wurde.

Okintschitz (104) teilt zwei Fälle mit, in denen sich bei der Laparotomie ein Bougie in der Bauchhöhle fand, das von einem Abtreibeversuch stammte. Eine Operierte starb an Sepsis, im anderen Falle wurde die Schwangerschaft trotz der Perforation und der vorgenommenen Laparotomie nicht unterbrochen.

Schütze (130) entfernte aus dem Uterus einen $6^1/_2$ cm langen vergoldeten Kupferdraht, der am unteren Ende mit einem Silkwormfaden befestigt war und am oberen Ende eine Öse hat, bestimmt zur Einfügung des Spinnorgans einer Seidenraupe, ferner in zwei Fällen ein Sterilett, das in einem Falle zu beiderseitiger akuter Adnexerkrankung, im zweiten zu schwerer Salpingitis, Oophoritis und Pelveoperitonitis geführt hatte. In der Diskussion warnt v. Klein vor Einführung solcher Sterilette unter Anführung mehrerer Fälle von Adnexentzündungen und Müller entfernte ein solches, das seit einem Jahr gelegen war, im vierten Monat der Schwangerschaft, ohne dass letztere unterbrochen wurde.

Schwarzwäller (132) beobachtete Abszessbildung in der Nierengegend durch das abgebrochene Stück der Kanüle einer Braunschen Spritze, die bei einem Selbstabtreibungsversuch den Uterus durchbohrt hatte und in die Bauchhöhle gedrungen war. Er dringt angesichts der hohen Gefahr des kriminellen Abortus auf das Verbot des Verkaufs der hierzu benützten Instrumente.

Zimbler (158) entfernte bei einer in der fünften Woche Abortierenden einen 10 cm langen Gänsefederkiel, den sie sich zur Aborteinleitung selbst in die Cervix eingeführt hatte. Er lag über dem Os internum schräg und hatte sich, wie angenommen wird, mit dem oberen Ende in die Vorderwand eingekeilt; das spitze Ende war oberhalb der Symphyse durch die Bauchdecken fühlbar und es bestand peritonitische Reizung. Genesung nach der Ausräumung.

Bublitschenko (17) beschreibt zwei Fälle von Cervixscheidenfisteln bei Abort. Die Öffnung verlief in sagittaler Richtung in der hinteren Cervixwand. Eingriffe wurden aufs Entschiedenste in Abrede gestellt. Als Prädispositionen werden erwähnt Verlust der Elastizität der Uterusmuskulatur durch chronisch-entzündliche Prozesse, Behinderung der Beweglichkeit zwischen Kollum und Korpus und konisch-rüsselförmiges Kollum.

Frank (36) beschreibt fünf Fälle von Verletzungen der Blase durch Einführung von Fremdkörpern irrtümlich in die Blase zum Zweck der Fruchtabtreibung. Benützt wurde ein spitzes Stäbchen, ein Laminariastift, eine Stricknadel und ein Holzstäbchen. Die kystoskopisch nachweisbaren Veränderungen betrafen stets den Teil der Blasenschleimhaut, der in der Achse der Harnröhre oder deren unmittelbaren Umgebung liegt, also den Blasenboden, die Mitte des Trigonum und die unteren Teile der Seitenwände, zuweilen die Gegend oberhalb des Ligamentum interuretericum median oder neben und über den Uretermündungen.

Stets fanden sich flache Schleimhautdefekte, mehr oder weniger eitrig belegt, je nach dem Grade der Infektion, und an den Randpartien leicht blutend, mit zartem Gewebsnetz umgeben und scharf gegen die gesunde Schleimhaut abschneidend. Fast konstant fanden sich in der Umgebung Gruppen kleiner, nadelstichähnlicher, ganz oberflächlicher Defekte, die durch die Manipulation mit den meist spitzen Gegenständen hervorgerufen sind und die als typisches diagnostisches Merkmal angesehen werden können. Strichförmige oder streifige rote Flecken entsprechen geringeren Graden der Verletzung.

Lichtenberg (84) beobachtete nach Tentamen abortus Verjauchung des Beckenbindegewebes, die zu Ureterscheiden- und Ureter-Bauchdeckenfistel führte.

Ludwig (92) beschreibt einen dreimaligen Abtreibeversuch mittelst armierter Sonde, der von einem 25jährigen Mädchen an sich selbst ausgeführt worden war. Es entstand im rechten Scheidengewölbe eine Jauchehöhle, in die eine Blasenscheidenfistel mündete, ausserdem bestand oberhalb der Uretermündung eine Blasenureterfistel. Die Schwangerschaft (dritter Monat) wurde nicht unterbrochen, auch nicht bei der im fünften Monate ausgeführten extraperitonealen Blasenscheidenfisteloperation.

Hofschläger (60) gibt eine Anzahl krimineller Abortfälle bekannt und tadelt die indikationslose ärztliche Anwendung von Okklusivpessaren. In der Diskussion erwähnt Berandes einen plötzlichen Todesfall durch Selbstabtreibung mittelst Intrauterinspritze, die die Tote noch in der festgeschlossenen Hand hielt. Ähnliches wird von Erasmus mitgeteilt.

Crawshaw (23) teilt den Sektionsbefund einer an Luftembolie infolge von Abtreibeversuchs plötzlich gestorbenen Schwangeren mit. In dem im vierten Monate schwangeren Uterus fand sich, dass das unverletzte Ei vorne, hinten und seitwärts sowie ein Drittel der Plazenta von der Uteruswand abgelöst war; in den Uterusvenen, in der Uteruswand, in der Pfortader und der Hohlvene fanden sich reichliche Luftblasen und im rechten Herzen und der Pulmonalarterie schaumiges Blut. Das linke Herz enthielt keine Luftbläschen. Es wird die Anwendung einer Gummispritze angenommen, die in Australien zu Abtreibezwecken häufig gebraucht werden soll.

Lande (79) beschreibt den plötzlichen Todesfall einer Schwangeren nach Abtreibungsversuch, den sie wahrscheinlich selbst an sich vorgenommen hatte. In der Scheide lag ein Katheter. Die Sektion ergab keinerlei Verletzungen, und der Katheter reichte nur bis in die Scheide, jedoch war die Plazenta des etwa 12wöchigen Eies abgelöst. Der Tod wird auf Schock zurückgeführt.

Kawasoye (71) fand bei Tierversuchen, dass durch Röntgenbestrahlung der Fötus getötet werden kann (durch Nekrosen in Leber und Milz), die Eihäute werden jedoch nicht geschädigt.

Sippel (136) hatte einen Fall zu begutachten, in dem ein Kurpfuscher auf dem schwangeren Uterus Vibrationsmassage anwandte und nach mehreren Sitzungen Abort eingetreten war. Da schon vorher Uteruskoliken mit Blutabgang vorhanden gewesen waren, konnte ein Kausalkonnex nicht sicher nachgewiesen werden, jedoch wurde die Massage als ein ungeeignetes und für das Fortbestehen der Schwangerschaft gefährliches Verfahren bezeichnet. Der Einwand der Verteidigung, dass Hoffa erwähnt, durch vorsichtige Massage könne der Abort aufgehalten werden, wird mit Recht vom physiologischen Standpunkte aus als unverständlich bezeichnet.

Abtreibeversuche bei nicht vorhandener Schwangerschaft.

Albrecht (2) beschreibt zwei Fälle von Uterusperforation durch Fruchtabtreibungsversuch, einmal bleistiftgross am Fundus, durch ein spitzes Instrument bewirkt, ohne dass Schwangerschaft bestand, und einmal im fünften Schwangerschaftsmonat, ebenfalls halbbleistiftgross, an der Hinterwand des Uterus. In beiden Fällen wurde nach Laparotomie die Wunde vernäht und der Uterus belassen — trotz eitriger Infektion.

Hammer (50) teilt drei Fälle von versuchter Abtreibung bei fehlender uteriner Schwangerschaft mit, zwei mittelst Seifenwasserspülungen der Scheide und einen durch Einnehmen eines „Menstruationspulvers". In allen Fällen wird Extrauterinschwangerschaft angenommen (aber nicht erwiesen! Ref.) und in zwei Fällen waren intrauterine Zersetzungserscheinungen vorhanden. In allen Fällen wurde der Uterus curettiert und diese Therapie bei Extrauterinschwangerschaft verteidigt. Es wird darauf hingewiesen, dass in solchen Fällen der Tubarabort nach der Deciduaausstossung erfolgt, während in spontanen Fällen beide gleichzeitig eintreten.

E. Zweifel (160) beobachtete nach Abtreibeversuch ohne bestehende Schwangerschaft eine Zerfetzung der rechten Seite der Portio bis ins Scheidengewölbe, von wo aus die

Sonde direkt zum inneren Muttermund vordrang. Die Untersuchung der durch Abrasio aus dem Uterus gewonnenen Schleimhautpartikel liess Schwangerschaft mit Sicherheit ausschliessen. Die Gefährlichkeit dieser Fälle entspringt aus der mehrfachen Wiederholung der Eingriffe, da der gewünschte Erfolg ausbleibt.

Jung (69) weist an der Hand eines Falles nach, dass ein Intrauterinstift die Konzeption nicht verhindert. In der Diskussion teilt v. Franqué einen Fall mit, in dem ein Intrauterinstift die Konzeption nicht verhindert hatte, aber dann Abortus hervorrief und wies auf den Unfug hin, dass ein solches Instrument sogar patentamtlich geschützt worden ist. Neu macht auf die erschreckende Zunahme der kriminellen und infizierten Aborte aufmerksam und wünscht öffentliche Stellungnahme der Fachgesellschaften, deren Wirkung Jung bezweifelt. Sellheim beobachtete peritoneale Reizung nach Einlegung eines Intrauterinstiftes bei gleichzeitigem Ovarialtumor.

Liebeck (85) veröffentlicht drei Fälle von Abtreibeversuch bei nicht vorhandener Schwangerschaft, alle mit tödlichem Ausgang; im ersten Falle war das eingeführte Instrument zwischen Scheide und Blase vorgedrungen und es fand sich eine schwere Phlegmone des rechten Parametrium, sowie alle Venen bis zur Eintrittsstelle der V. hypogastrica in die Iliaca communis mit puriformen stinkenden Thromben gefüllt; der Tod erfolgte an Sepsis mit Nieren- und Lungenabszessen. Im zweiten Falle war der Tod ebenfalls an Sepsis (Ikterus, Endometritis partialis gangraenosa, Parametritis erysipelatosa, Perimetritis, Peritonitis pelvica incapsulata, Peritonitis incipiens universalis, Pyelitis und Cystitis purulenta, Gonitis purulenta duplex) eingetreten, obwohl nur der Gebrauch innerer Mittel zugestanden war. Im dritten Falle handelte es sich um Sepsis, durch Thrombophlebitis der Vena cava, Endokarditis, Splenitis septica und Abstossung der Portio und eines Teiles des Scheidengewölbes als einheitliche nekrotische Masse, wahrscheinlich infolge Gebrauches einer stark ätzenden Flüssigkeit. Schwangerschaft war in allen drei Fällen auszuschliessen.

Ausserdem sammelt Liebeck 44 einschlägige Fälle, die in übersichtlicher Weise tabellarisch zusammengestellt sind. Der zweite — juristische — Teil der Arbeit enthält eine Analyse des Begriffes des Versuchs am untauglichen Objekt an der Hand des Strafgesetzbuches und der vorliegenden Gerichtsentscheidungen.

v. Neugebauer (102) sammelt 72 Fälle von Abtreibeversuch bei nicht vorhandener Schwangerschaft mit 21 Todesfällen, davon drei infolge von Sublimatvergiftung, einen an eitriger Parametritis, einen an Gewebsgangrän infolge Einspritzung ätzender Flüssigkeit zwischen Blase und Cervix, 10 an Peritonitis.

v. Neugebauer (101) stellt ferner aus der Literatur der letzten Jahre 29 Abtreibungsversuche bei Extrauterinschwangerschaft zusammen, mit sieben Todesfällen. Operiert wurden 22, wovon fünf starben. Die zwei nicht operierten Fälle kamen beide ad exitum. In 16 Fällen kam es zu Tubenruptur, siebenmal zu Tubenabort, zweimal zu innerer Blutung aus der nichtgeplatzten Tube. Einmal kam es zu Uterusperforation, einmal zur Perforation des Scheidengewölbes mit Hämatom des Ligamentum latum an der Seite der nichtschwangeren Tube, einmal zu Zerreissung des Ureters und einmal lag die Plazenta in einer abgesackten Eiterhöhle. Als Eingriffe waren ausgeführt worden: Sondierung des Uterus, intrauterine Einspritzungen, Einspiessung eines Metallstabes, einer Stricknadel, einer Bleifeder in den Uterus bzw. das Scheidengewölbe, uterine Auskratzung, heisse Ausspülungen. Die Manipulationen waren oft wiederholt ausgeführt worden. Einmal wurde Mixal per os gegeben. Als Abtreiber werden mehrmals ein Arzt oder eine Hebamme angegeben. Es wird einerseits auf die Gefahr solcher und zwar meist wiederholter Eingriffe am Uterus für die Tubenschwangerschaft, ausserdem auf die Schwierigkeit der Diagnose in solchen Fällen, wo derartige Eingriffe vorgenommen worden sind, hingewiesen. Endlich wird die Möglichkeit zugegeben, dass derartige Eingriffe in den ersten Tagen nach Ausbleiben der Regel zu einer extrauterinen Einnistung Veranlassung geben können. In einem Nachtrag werden weitere fünf Fälle angeführt.

Mandl (95) beschreibt die Ruptur eines tubaren Fruchtsackes nach Curettage des Uterus, die offenbar unter Annahme einer noch nicht nachweisbaren Uteringravidität von ärztlicher Seite vorgenommen worden war. Mandl warnt dabei unter Zustimmung von Schauta (Diskussion) vor diagnostischer Curettage bei Verdacht auf Extrauterinschwangerschaft.

Dupont (28) beobachtete Ruptur eines tubaren Fruchtsackes nach Abtreibeversuchen.

Rosenstein (123) erwähnt einen Fall von Tubenabort, nachdem die Schwangere mehrere Tage lang Pulver aus Chinin, Hydrastinin und Ergotin genommen hatte, welche

Kombination sie schon früher bei eintretender Schwangerschaft, zweimal angeblich mit Erfolg, angewendet haben soll. Es wird angenommen, dass durch diese Mittel bei einem reizbaren Uterus Wehen ausgelöst werden können. In der Diskussion äussern sich Küstner und Asch hierüber skeptisch.

Singer (135) beschreibt einen Fall von Ruptur eines tubaren Fruchtsackes nach Abtreibungsmanipulationen, die von einer Hebamme ausgeführt worden waren, und teilt ferner zwei Fälle von Curettage mit, die offenbar Ruptur extrauteriner Fruchtsäcke bewirkt hatten und die die Gefährlichkeit der Curettage in solchen Fällen beweisen.

Dass Dilatation, Austastung und Abrasio des Uterus nicht Tubarabort hervorbringen müssen, zeigt der Fall von Sonnenberg (137).

Zinsser (159) beobachtete Blutung in die Bauchhöhle infolge von Tubarabort nach Abtreibeversuch mittelst Ballonspritze und Seifenwasserinjektion in den nicht schwangeren Uterus.

Abtreibung durch innere Mittel.

Macht (94) beschreibt einen Fall von tödlicher Pennyrogalvergiftung bei einem 16jährigen, im 3.—4. Monate schwangeren Mädchen. Die Vergiftungserscheinungen — es waren 36 Pennyroyalpillen eingenommen worden — bestanden in Magen-Darmerscheinungen, Kopf- und Rückenschmerzen, Delirien und Krämpfen. Die Sektion ergab Hyperämie des Dünndarms, Hirnödem, fettige Degeneration von Leber und Nieren und ausserdem Merkmale, dass auch mechanische Abtreibeversuche gemacht worden waren.

Das in dem Mentha pulegium enthaltene Oleum hedeomae wurde in seiner Wirkung auf den Uterus trächtiger und nichtträchtiger Katzen geprüft und es ergab sich, dass die Kontraktionen eines normalen schwangeren Katzenuterus durch 0,05 Pennyroyal völlig gelähmt wurden. Neben Oleum hedeomae wurden Oleum Tanaceti und Apiol am giftigsten gefunden, am wenigsten giftig Ol. Terebinthinae. Stimulierende Wirkung konnte bei keinem dieser Gifte beobachtet werden, ebenso auch nicht bei Oleum Sabinae, Rutae und Thymi.

Lehnert (81) erwähnt den Todesfall einer im sechsten Monate Schwangeren vier Tage nach Einnehmen von einem Kaffeelöffel von Kaliumchlorat, nachdem die Frucht abgegangen war. Die Symptome bestanden in Durchfall und Erbrechen. Das ganze Blut von Mutter und Fötus war schokoladefarben und graubraun, mit starker Veränderung der Erythrozyten und Methämaglobinämie. Ausserdem zeigten die Nieren weitgehende Zellveränderungen besonders in den gewundenen Kanälchen und den Henleschen Schleifen.

Roth (124) beschreibt einen Abtreibeversuch mittelst eines Kinderlöffels Mirbanöl. Die Vergiftungserscheinungen bestanden in Zyanose, subnormaler Temperatur, zeitweise auftretenden klonisch-tonischen epileptiformen Muskelkontraktionen, schlecht fühlbarem, nicht beschleunigtem Puls, Geruch des Erbrochenen nach bitteren Mandeln. Die Wirkung des Nitrobenzols auf das Blut wird nicht auf intravaskuläre Hämolyse, sondern auf Methämaglobinbildung ohne mikroskopisch erkennbare Schädigung der Erythrozytenstruktur und auf vermehrte Zerstörung der Erythrozyten infolge Hyperfunktion der blutbildenden Organe zurückgeführt, was aus Vermehrung des Gallefarbstoffgehaltes des Blutserums und der Urobilinurie geschlossen wird. Der Fall endigte in Genesung.

Wrangham (156) sieht stets bei ernsten Verdauungsstörungen, Kopfschmerzen, allgemeiner Schwäche, gelblicher Hautfarbe, Symptomen von Polyneuritis und Augenerscheinungen den Verdacht auf Diachylonvergiftung gegeben und erklärt die Untersuchung des Zahnfleisches und die Nachforschungen nach den Menstruationsverhältnissen für geboten.

Jones (65) beschreibt einen Fall von Vergiftung mit etwa 7 g Pennyroyalessenz (Mentha pulegii). Die Symptome bestanden in schnell auftretender Verwirrung, Sopor, Delirien, blasser Gesichtsfarbe, leicht erweiterten Pupillen, Gähnen, beschleunigtem, kleinem, unregelmässigem Puls, etwas bluthaltigem Erbrechen, Minzengeruch des Atems, Schwerbesinnlichkeit etc. — Erscheinungen, die bis zum nächsten Tage verschwanden. Die Wirkung auf den Uterus war Null.

Oliver (105) teilt drei Fälle von Abtreibeversuchen mit Diachylon mit, zwei mit wirklichem Abort. Unter den Vergiftungserscheinungen wird besonders der Bleisaum am Zahnfleisch erwähnt. In einem Falle waren 144 Pillen (jede zu 0,05 Blei-Oleat und -Stearat, 12 Pillen täglich) genommen worden und der Abort erfolgte 17 Tage nach der ersten Dosis. Es wird Verbot des Verkaufs von Diachylon gefordert.

v. Bunge (19) erwähnt unter den Folgen der chronischen Tabakvergiftung besonders die Keimvergiftung — Herabsetzung und Aufhebung der Zeugungsfähigkeit.

Fälle von extramembranöser Fruchtentwickelung.

Péry (110) beobachtete Eintritt der Geburt etwa 50 Tage nach Beginn des Fruchtwasserabflusses.

Samuels (125) teilt einen neuen Fall von extrachorialer Fruchtentwickelung mit; in dem, wie es scheint, 16 Wochen vor der Ausstossung der Frucht die Zerreissung der Eihäute erfolgte. Die zwei übrigen Fälle sind bereits von Haendly und Stoeckel veröffentlicht. 25 Fälle aus der Literatur werden tabellarisch zusammengestellt.

Gottschalk (41) beschreibt einen Fall von amnialer Hydrorrhöe, bei welchem der erstmalige Wasserabgang ($2^1/_2$ Liter Fruchtwasser, ärztlich kontrolliert) 45 Tage vor der Geburt des lebenden Kindes, das nur eine geringe Abplattung der Nase zeigte, erfolgt war. Der Eihautsack war klein, aber eine Margobildung an der Plazenta fehlte.

Dietrich (26) beobachtete 15 Wochen nach erstmaligem Fruchtwasserabgang Geburt eines der 26.—27. Woche entsprechenden Kindes, das an Kopf, Armen und Rücken Narbenstränge, von amniotischen Adhäsionen herrührend, aufwies; bei derselben Frau war bei der vorausgehenden Schwangerschaft drei Monate vor der Geburt und von da ab in kurzen Zwischenräumen Fruchtwasser abgegangen, das Kind aber lebend geboren worden.

Zufällige Verletzungen bei Schwangeren.

Holländer (61) beschreibt einen Bauchschuss bei Zwillingsschwangerschaft infolge Selbstmordversuchs. Der Uterus und die eine Frucht waren durchbohrt. Laparotomie, Umschneidung des Uterusschusskanals, Entfernung der Früchte und Tubensterilisation. Heilung.

Rachfahl (116) stellt aus der Literatur eine Anzahl von Pfählungsverletzungen der Genitalien bei Schwangerschaft zusammen; es kam bei den meisten Fällen zu keiner Störung in der Entwickelung der Frucht, selbst nicht in einem Falle, in dem die Frucht verletzt wurde.

Tomaselli (142) beschreibt einen Fall von Pfählungsverletzung bei einer im vierten Monate Schwangeren, die sich einen Pfahl in die Blase stiess. Es kam zu einer eitrigen Zystitis und 38 Tage nach dem Unfall wurden die mit Konkrementen bedeckten Splitter durch die unverletzte und dilatierte Harnröhre entfernt.

Kroph (75) beschreibt einen Fall von intraperitonealer Blasenruptur bei einer im dritten Monate Schwangeren infolge von Heben eines schweren Schaffs, das sie über der Symphyse am Beckengürtel aufstützte. Es erfolgte diffuse Peritonitis und Exitus. Der scharfrandige Riss fand sich schräg verlaufend an der Kuppe der Blase.

Kroph (75) beschreibt ferner einen Fall von Durchbohrung der Blase mittelst eines starren Katheters vor der Zangenentbindung. Es entstand diffuse Peritonitis; die Laparotomie ergab nicht die erwartete Uterusruptur, sondern liess die Ursache der Peritonitis nicht erkennen. Erst bei der Obduktion wurde am Fundus der Blase eine 3 mm breite Perforationsöffnung gefunden. Es wird während der Geburt vor dem Gebrauch starrer Katheter dringend gewarnt.

M. Mayer (97) beobachtete nach schweren Erntearbeiten häufige Aborte bei der landwirtschaftlichen Bevölkerung, besonders auch unter dem Einflusse heisser Sommertage, wodurch hohe, aber rasch vorübergehende Steigerungen der Körpertemperatur, die nicht infektiöser Natur sind, hervorgerufen werden. Die Beobachtung der Häufung von Aborten durch schwere Arbeit wird von Kaiser und Bickenbach bestätigt. Es wird die Entlastnng der Frauen von schweren Erntearbeiten gefordert.

Die Mitteilungen von Mayer werden von Jores (66) bestätigt.

Anhang: Operationen während der Schwangerschaft.

1. Alksne, Pyonephrose. Ges. prakt. Ärzte Libau. Sitzg. vom 21. März. St. Petersb. med. Zeitschr. Bd. 38. p. 318. (Nephrektomie in der Schwangerschaft.)
2. Barjaktarovic, B., Ovariotomie während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Inaug.-Diss. München 1912. (10 Fälle in der Schwangerschaft, darunter einmal Frühgeburt.)
3. Barret, Ch. W., Über die Komplikation von Ovarialtumoren mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 16. Nr. 1. (Operation in der Schwangerschaft dringend empfohlen, Abortus selten, Mortalität der Mütter gering.)

4. Carmichael, S., Tumours complicating pregnancy. Edinb. Obst. Soc. Sitzg. vom 9. Juli. Brit. Med. Journ. Bd. 2. p. 124. (Myomektomie ohne Unterbrechung der Schwangerschaft, ferner ein Fall von Laparotomie wegen Darmverschluss in graviditate.)
5. — Fibroid in a twin pregnancy. R. Soc. of Med. Sect. of Obst. and Gyn. Sitzg. vom 3. Juli. Lancet. Bd. 2. p. 223. (Apfelgrosser gestielter Tumor am Fundus im sechsten Monat abgetragen, ohne Schwangerschaftsunterbrechung; am Ende der Schwangerschaft Kaiserschnitt wegen im Becken liegenden Myoms.)
6. Chambardel, L. D., Kongenitale Skoliose mit Deformität der Wirbel. Arch. gén. de Chir. Paris. Bd. 7. Nr. 7.
7. Chenhall, W. T., Two cases of uterine myoma complicating pregnancy. Australas. Med. Gaz. Bd. 34. Nr. 6.
8. Coenen, Ileus bei Situs inversus mit Gravidität. Südostdeutsche Chirurgenvereinig. Sitzg. vom 22. Nov. Zentralbl. f. Chir. Bd. 41. p. 148. (Fünfter Monat; Tod an Peritonitis.)
9. Cortés, Grossesse et kyste de l'ovaire. Span. gyn. Ges. Sitzg. vom 12. März. Revue de Chir. Bd. 48. p. 339. (Ovariotomie ohne Schwangerschaftsunterbrechung.)
10. Davis, A. B., Myomectomy at the eighth week, pregnancy not interrupted; normal delivery at term. Amer. Assoc. of Obst. and Gyn. 26. Jahresvers. Amer. Journ. of Obst. Bd. 68. p. 865.
11. Duchamp, Fibrome et grossesse. Soc. des sciences méd. de Saint-Etienne. Revue de Chir. Bd. 47. p. 274. (Myomektomie ohne Unterbrechung der im vierten Monat befindlichen Schwangerschaft.)
12. Ekler, R., Fall von linksseitiger Nierendystopie, kombiniert mit rechtsseitiger Graviditätspyelitis. Zeitschr. f. gyn. Urol. Bd. 1 p. 51. (Fixation der Niere an der medianen Bauchwand im 3. Schwangerschaftsmonat.)
13. Engelmann, Gleichzeitige Intra- und Extrauteringravidität mit Ruptur des tubaren Eisacks. Demonstrationsabend d. städt. Krankenanstalten Dortmund. März. Med. Klinik. Bd. 9. p. 1182.
14. — Uterussarkom mit Gravidität. Ebenda. (Laparotomie, Kaiserschnitt, Radikaloperation.)
15. Fabris, P., Gleichzeitige extra- und intrauterine Schwangerschaft. Policlinico. Bd. 20. Nr. 24.
16. Ferroni, Zervikalmyome und Schwangerschaft. Geb.-gyn. Ges. d. Marken u. d. Emilia. Sitzg. vom 16. März. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Ergänzungsheft. p. 389. (Vier Fälle, totale Hysterektomie.)
17. Frank, Myomectomy for necrotic fibroid during the fourth month of pregnancy; normal labor. New York Obst. Soc. Sitzg. vom 11. März. Amer. Journ. of Obst. Bd. 38. p. 97.
18. Freund, H. W., Die Appendizitis bei Frauen. Gyn. Streitfragen. Stuttgart, F. Enke. Befürwortung der Frühoperation in der Schwangerschaft, ebenso bei chronischer Entzündung und im Intermediärstadium.)
19. — Appendizitis in der Schwangerschaft. Verhandl. d. Deutsch. Ges. f. Gyn. XV. Kongr. Leipzig. p. 217. (Operation ohne Unterbrechung der Schwangerschaft.)
20. Fuchs, Doppelseitige Ovariotomie in der Schwangerschaft. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 1. Febr. Monatsschr. vom 1. Febr. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. p. 525. (Operation im 2. Monat der Schwangerschaft, die sich weiter entwickelte.)
21. Füth, H., Über die hohe Mortalität der Appendizitis in graviditate und ihre Ursachen. Med. Klinik. Bd. 9. p. 1575. (Betont die durch die gleichzeitige Schwangerschaft bedingte ungünstige Prognose.)
22. Gröbel, Stielgedrehter Ovarialtumor, bei Fieber entfernt im fünften Schwangerschaftsmonat ohne Störung der Schwangerschaft. Lwowski Tygodn. Lek. Nr. 4. Ref. Gyn. Rundschau. Bd. 7. p. 745. (In der Diskussion teilt Solowij acht Ovariotomien in graviditate mit nur einer Schwangerschaftsunterbrechung mit.)
23. Grosse, A., Voluminöse Zyste des Ligamentum latum und Schwangerschaft; Abtragung der Zyste, Fortsetzung der Schwangerschaft. Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. Bd. 8. Nr. 9.
24. Guyot und Lataste, Fibrome et grossesse. Soc. anat.-clin. de Bordeaux. Sitzg. vom 31. März. Journ. de méd. de Bordeaux. Bd. 84. p. 502. (Supravaginale Amputation.)

25. Hammerschlag, Retroflexio uteri gravidi. Berl. med. Ges. Sitzg. vom 26. Febr. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 456. (Laparotomie, Lösung der Adhäsionen und Reposition ohne Unterbrechung der Schwangerschaft.)
26. Harrigan, A. H., Acute septic infarcts of the kidney, nephrectomy, recovery. New York Ac. of Med. Sect. of Surg. Sitzg. vom 4. April. Med. Record. New York. Bd. 84. p. 636. (Operation in der Schwangerschaft, die nicht unterbrochen wurde.)
27. Hartmann, Faustgrosses Myom mit Schwangerschaft im dritten Monat. Niederrhein.-westf. Ges. f. Geb. u. Gyn. Sitzg. vom 3. Dez. 1911. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Ergänzungsheft. p. 349. (Enukleation ohne Störung der Schwangerschaft.)
28. Hathcock, A. L., Case of uterine myofibromata accompanied by pregnancy. Texas State Journ. of Med. Bd. 8. Nr. 9.
29. Henkel, Partielle Aussackung der hinteren Uteruswand. Naturwiss.-med. Ges. Jena. Sitzg. vom 13. Nov. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 2863. (Retroversio fixata, fünfter Schwangerschaftsmonat. Laparotomie, Lösung der Adhäsionen; Schwangerschaft nicht unterbrochen.)
30. Jones, W. C., Ätiologie, Pathologie und Therapie der Ovarialzysten, mit Berücksichtigung der Schwangerschaft und besonders der Blutungen in die Zysten. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 16. Heft 1. (Operation in der Schwangerschaft sehr empfohlen, besonders wegen der Gefahr der Stieldrehung.)
31. Ionides, T. H., General peritonitis due to the vermiform appendix and complicating pregnancy. Brit. Med. Assoc. 18. Jahresvers. Sect. on Gyn. and Obst. Brit. Med. Journ. Bd. 2. p. 1000. (Appendixexstirpation gegen Ende der Schwangerschaft, Heilung. Nach 14 Tagen Geburt und Tod unmittelbar nachher infolge von Zerreissung der Adhäsionen mit dem Uterus und Blutung in die Bauchhöhle.)
32. Kaiser, Rechtsseitige Tubenkolik bei einer Gravida mens. IX. Gyn. Ges. Dresden. Sitzg. vom 16. Jan. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 772. (Laparotomie wegen Annahme einer Appendizitis, statt deren Hämosalpinx vorhanden war.)
33. Keyes, A. B., Carcinoma of uterus in non-pregnant and pregnant. Illinois Med. Journ. Bd. 28. Nr. 2.
34. Kohashi, Schwangerschaft und Myom. Inaug.-Diss. München 1911. (Abtragung eines gestielten subserösen Myoms und ein Fall von Totalexstirpation des Uterus.)
35. Kratochvil, J., Zur Therapie der Ovarialtumoren während der Schwangerschaft und Geburt. Casopis. lék. česk. Nr. 38. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 1610. (Vier Ovariotomien während der Schwangerschaft, eine zum Abort führend.)
36. Krukenberg, Vereitertes Dermoid im dritten Schwangerschaftsmonat. Ärztl. Kreisverein Braunschweig. Sitzg. vom 1. März. Med. Klinik. Bd. 9. p. 929. (Operation.)
37. Ksido, M., Uteruskarzinom, kompliziert durch Schwangerschaft. Shurn. akusch. i shensk. bolesn. 1912. p. 43. (Vier Fälle, radikal operiert.)
38. v. Kubinyi, P., Operation der fixierten Retroflexion eines schwangeren Uterus; Myomenukleation, später normale Geburt. Gyn. Sekt. d. ungar. Ärztevereins Budapest. Sitzg. vom 17. Dez. 1912. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 1040.
39. v. Kubinyi, P., und J. Farkas, Exstirpation eines Bauchwandsarkoms während der Schwangerschaft, später normale Geburt. Gyn. Sekt. d. ungar. Ärztevereins Budapest. Sitzg. vom 17. Dez. 1912. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 1041.
39a. Lepage, Enterostome chez une femme enceinte de 4 mois atteinte de paralipsie intestinale par peritoneale. Soc d'obst. et de gyn. de Paris. März. Annales de Gyn. et d'Obst. 2. Serie. Bd. 10. p. 377. (Nach fünf Tagen Abort.)
39b. Lévy-Klotz, Cuneo und A. Pinard, Un cas d'occlusion intestinale zendant la grossesse (7. mois environ), laparotomie, anus caecal. centrenation de la qéstation. Ann. de Gyn. et d'Obst. 2. Serie Bd. 10. p. 372.
40. Lizcano, Kyste de l'ovaire et grossesse. Span. gyn. Ges. Sitzg. vom 2. April. Revue de Chir. Bd. 48. p. 341. (Ovariotomie ohne Unterbrechung der Schwangerschaft.)
41. Ludwig, Ileus bei Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 75. p. 324. (Ein Fall von Operation ohne Schwangerschaftsunterbrechung.)
42. — F., Ureter-Blasenscheidenfistel. Siehe d. Nr. 92.
43. Lynch, F. W., Fibroid tumors complicating pregnancy and labor. Amer. Journ. of Obst. Bd. 68. p. 427 u. 535.
44. Mc Ilroy, A. L., Myomata complicated by pregnancy. Glasgow med.-chir. Soc. Sitzg. vom 28. Nov. Brit. Med. Journ. Bd. 2. p. 1587. (Supravaginale Amputation im fünften Monat.)

45. Monsiorski, Diagnostische Irrtümer. Przegl. chir. i gin. Bd. 5. p. 249. Ref. Gyn. Rundschau. Bd. 7. p. 785. (Diagnose auf Myom lautend; Exstirpation des Uterus, Schwangerschaft im siebenten Monat mit abnormer Aussackung; in der Diskussion erwähnt Leśniowski die Punktion eines schwangeren Uterus unter irriger Annahme eines Ovarialtumors mit darauffolgendem Zwillingsabort.)
46. Müller, J., Gleichzeitige extra- und intrauterine Schwangerschaft. Ärzteverein Wiesbaden. Sitzg. vom 7. Mai. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 1132. (Abort $3^1/_2$ Wochen nach Exstirpation der ersteren.)
47. Muret, M., Ovarialtumor und Schwangerschaft. Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. Paris. Bd. 8. Nr. 5. (Drei Ovariotomien ohne Unterbrechung der Schwangerschaft.)
48. Mylvaganam, H. B., Vorgeschrittenes Cervixkarzinom bei Zwillingsschwangerschaft. Lancet. Bd. 2. p. 930. (Vaginale Totalexstirpation im dritten Monat.)
49. v. Neugebauer, F., Eine neue Serie von 73 Fällen isochroner heterotoper Zwillingsschwangerschaft, das eine Ei intrauterin, das andere extrauterin implantiert, nebst Schlussfolgerungen. Gyn. Rundschau. Bd. 7. p. 809 ff. (Im ganzen nun 243 Fälle, mit 152 Operationen, 62 mal Abort nach chirurgischem Eingriff, 57 mal vor irgend einem Eingriff, 73 mal lebende Kinder.)
50. Norris, R. C., Ovarian neoplasms complicating pregnancy and labor. Amer. Journ. of Obst. Bd. 68. p. 421 u. 532. (Zwei in der Schwangerschaft operierte Fälle, einer mit Abortus.)
51. Orlandi. Komplikation der Schwangerschaft durch zystischen Ovarialtumor, Ovariotomie. Rass. d'obst. e gin. Bd. 22. Nr. 9. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 461. (Schwangerschaft nicht unterbrochen.)
52. Paddock, Ch. E., Pregnancy complicated by appendicitis. Amer. Journ. of Obst. Bd. 68. p. 401 u. 529. (Anführung von vier Fällen von Kanavel, einer von Richter und drei von Dorsett.)
53. Patel und Dujol, Ein Fall von Pelvioperitonitis durch Kolibazillen während der Schwangerschaft. Lyon méd. Nr. 28. (Diagnose irrig auf Extrauterinschwangerschaft gestellt.)
54. Peraire, Grossesse de quatre mois avec kyste de l'ovaire; ovariotomie. Soc. de méd. de Paris. Sitzg. vom 28. Juni. Gaz. des Hôp. Bd. 86. p. 1244.
55. Perdoux, Myomectomie dans une grossesse de 5 mois pour fibrome enclavé. Arch. prov. de chir. Nr. 7. (Schwangerschaftsunterbrechung nach 14 Tagen.)
56. Puech und Vanverts, Tumerus de l'ovaric et grossesse. VII. franz. Kongr. f. Gyn., Geb. u. Päd. Ann. de Gyn. et d'Obst. 2. Serie. Bd. 10. p. 221. (Verlangen die Exstirpation besonders in der ersten Hälfte der Schwangerschaft.)
57. Rosner, Aus den Grenzgebieten der Geburtshilfe und Chirurgie. Przegl. Lek. 1912. Nr. 12. (Fünf Appendixoperationen in der Schwangerschaft mit Genesung, zwei mit Schwangerschaftsunterbrechung.)
58. Rousseau, F., und Cassard, L'appendicite chez la femme. Gaz. des Hôp. Bd. 86. p. 293. (Befürworten dringend die Operation bei akuter Appendizitis in der Schwangerschaft.)
59. Rühle, W., Beitrag zum Verhalten der regionären Lymphdrüsen und des Ureters bei Carcinoma colli uteri in graviditate. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 74. (Totalexstirpation des Uterus nach Kaiserschnitt im achten Monat. Tod an Peritonitis.)
60. Schmiergeld, Behandlung der Ovarialzysten im Becken während der Schwangerschaft. Revue prat. d'obst. et de péd. Bd. 25. Nr. 285. (Operation nicht reponierbarer Tumoren empfohlen.)
61. Schütze, Myom und Schwangerschaft. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 28. Juni. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. p. 357. (Ein Fall von Abtragung bzw. Exzision zweier Myome mit darauffolgendem Abort und ein Fall von konservativer Myomexzision mit Entleerung des Uterus.)
62. Scipiades, E., Myom und Schwangerschaft. Abhandl. aus d. Gebiete d. Geb. u. Gyn. Mitteil. a. d. II. Frauenklinik d. k. ung. Universität Budapest von W. Tauffer. Bd. 2. Berlin 1912. S. Karger. (Enthält eine 65 Fälle enthaltende Kasuistik. Als souveräne Operation bei vitaler Indikation wird die supravaginale Amputation bezeichnet.)
63. Spire, A., und A. Boeckel, Arguments obstétricaux en faveur de la néphrectomie pour tuberculose rénale unilatérale. Annales de gyn. et d'obst. 2. Serie. Bd. 10. p. 145. (Empfehlung der Nephrektomie in der Schwangerschaft bei Nierentuberkulose.)

63a. Spoliansky, M., Appendizitis in der Schwangerschaft. Inaug.-Diss. München. (Besprechung der Indikationen.)
63b. Stroebe, Gravidität im 3.—4. Monat bei doppelseitigem Ovarialkarzinom. Nordwestdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 9. Nov. 1912. Monatsschr. f. Geb. ü. Gyn. Bd. 87. p. 684. (Fötus mazeriert.)
64. Trethowan, W., Uterine fibroids and pregnancy. Australas. Med. Gaz. Bd. 34. p. 119.
65. Violet, H., Ovarienzyste mit beginnender Schwangerschaft. Abtragung der Zyste und Corpus luteum. Kein Abortus. Lyon méd. Nr. 10. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 1249.
66. — Fibrom und Schwangerschaft. Lyon méd. Nr. 9. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 1461. (Abtragung, nach zwei Tagen Abort.)
67. Waldo, R., Uterine fibroids complicating pregnancy. New York State Journ. of Med. New York. Bd. 13. Nr. 1.
68. Weinbrenner, Uterus gravidus mens. III mit grossem verjauchtem Portiokarzinom. Med. Ges. Magdeburg. Sitzg. vom 27. Febr. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 1232. (Exstirpation.)

---

e) Die Geburt in bezug auf gerichtliche Medizin.

1. *Alsberg, P., Zur Therapie der puerperalen Uterusinversion. Deutsche med. Wochenschrift. Bd. 39. p. 1102.
2. *Andrews, H. R., Unusual case of rupture of the uterus. R. Soc. of Med. Sect. of Obst. and Gyn. Sitzg. vom 1. Mai. Lancet. Bd. 1. p. 1454.
3. *Armytage, V. B. G., Retentio placentae infolge Implantation in einem Uterusdivertikel; manuelle Lösung, tödliche Uterusruptur. Journ. of Obst. and Gyn. of Brit. Emp. Sept.
4. Assies, W. J., Kolpaporrhexis intra partum. Inaug.-Diss. Groningen 1910. (Zusammenstellung von 111 Fällen aus der Literatur.)
5. *Aytouri, J., Inversio uteri. Lancet. 1912. II. 7. Dez.
6. *Bierer, J., Credéscher Handgriff und Uterusinversion. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 1002.
7. Björkenheim, E. A., Zur Kasuistik der Kolpaporrhexis sub partu. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 269. (Nach vergeblichem Zangenversuch und darauffolgender Wendung und Extraktion, also wahrscheinlich violent entstanden.)
8. *Bretschneider, R., Über die Ursachen, Therapie und die forensische Bedeutung der violenten Gebärmutterverletzungen. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. p. 80.
9. Buecheler, Geburten auf ungewöhnlichem Wege. Mittelrhein. Ges. f. Geb. u. Gyn. Sitzg. vom 28. Juni. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. p. 493. (Zwei sehr ausgedehnte Scheidendamm- bzw. Labiumverletzungen und Geburt des Kindes durch diese.)
10. Calmann, Uterusruptur in der Geburt. Ärztl. Verein Hamburg. Sitzg. vom 3. Dez. 1912. Deutsche med, Wochenschr. Bd. 39. p. 390. (Nach künstlicher Frühgeburt wegen Beckenverengung, nachdem das erste Kind perforiert worden war.)
11. Central Midwives Board. Lancet. Bd. 2. p. 117. 354, 1436 u. 1498. (Verhandlung gegen verschiedene Hebammen, grösstenteils wegen Zuwiderhandlung gegen die Antiseptik. Vorschriften, wegen Unterlassung der Temperaturmessung, wegen Nichtanrufung ärztlicher Hilfe etc., eine wegen Nichtanzeige einer Blepharoblennorrhoe.)
12. Central Midwives Board. Lancet. Bd. 1. p. 729. (Mehrfache Verfehlungen von Hebammen wegen Nichtanrufung ärztlicher Hilfe bei unvollständiger Ausstossung der Plazenta und bei Ophthalmoblennorrhoe der Neugeborenen, Verfehlungen gegen die Antiseptik und unrichtige Anmeldung.)
13. Central Midwives Board. Lancet. Bd. 1. p. 1276. (Verhandlung gegen Hebammen wegen Nichtanrufung ärztlicher Hilfe bei tiefem Dammriss, wegen Vernachlässigung der Wochenbettsbesuche und Unterlassung der Temperaturmessung, wegen Entfernung der Plazenta durch Zug an der Nabelschnur und Nichtherbeirufung ärztlicher Hilfe bei Ophthalmoblennorrhoe.)
14. Colie, E. M., Spontaneous rupture of the uterus. Alumni Soc. of the Sloane Hosp. for Women. Sitzg. vom 24. Mai. Amer. Journ. of Obst. Bd. 67. p. 989. (Uterusruptur bei normalem Becken, bei einer VII para, ohne Vorboten eingetreten.)

15. *Colle, P. u. J., Inversion utérine; reduction manuelle après deux mois. Réun. obst. et gyn. de Lille. Dez. 1912. Annales de gyn. et d'obst. 2. Serie. Bd. 10. p. 682.
16. *Ekstein, E., Inversio uteri totalis. Gyn. Rundschau. Bd. 7. p. 67.
17. — Ruptura uteri. Gyn. Rundschau. Bd. 7. p. 63. (Wahrscheinlich violent bei Wendung des zweiten Zwillings. Scheiden-Uterus-Blasenriss linkerseits.)
18. *Espeut, G., Uterusruptur nach Pituglandol. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 1774.
19. Fahrlässige Tötung durch eine Hebamme. Reichsgerichtsurteil vom 5. Nov. 1912. Zeitschr. f. Med.-Beamte. Bd. 26. 2. Beil. p. 17. (Unterlassung der Desinfektion, Entfernung der Plazenta durch Eingehen mit der Hand und Zug an der Nabelschnur. Blutungen infolge von zurückgebliebenen Plazentarresten. Infektion, Tod. Verurteilung zu $1^1/_2$ Jahren Gefängnis.)
20. *Freund, H. W., Violente Uterusruptur bei der Wendung. Verhandl. d. Deutsch. Ges. f. Gyn. XV. Kongr. Leipzig. p. 216.
21. *Frey, Trauma in der Nachgeburtsperiode. Oberrhein. Ges. f. Geb. u. Gyn. Sitzg. vom 27. Okt. 1912. Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. 18. p. 161.
22. Grann, Plazentarretention. 85. Versamml. deutsch. Naturf. u. Ärzte. Wien. Abt. f. Geb. u. Gyn. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 1562. (Entfernung einer „zweiten" vollständigen Plazenta mit Eihüllen in zersetztem Zustande 40 Stunden nach einer von Grann durch Wendung und Extraktion vollendeten Geburt.)
23. — Absprengung des Muttermunds. 85. Vers. deutsch. Naturf. u. Ärzte. Wien. Abt. f. Geb. u. Gyn. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 1562. (Ausserdem ausgedehnter Cervix- und Scheidenriss; Entbindung, wie es scheint, spontan verlaufen.)
24. *Henkel, Komplette Uterusruptur. Naturwiss.-med. Ges. Jena. Sitzg. vom 13. Nov. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 2862.
25. *Herz, E., Ein Fall von Uterusruptur nach Pituitrin. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 720.
26. Hirst, B. C., Über Uterusruptur. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 16. Nr. 3. (Behauptet Zunahme der Zahl der violenten, dagegen Abnahme der spontanen Rupturen.)
27. Hofmeier, Uteruszerreissung mit nachfolgendem Tode, zur forensischen Begutachtung gekommen. Bayr. Ges. f. Geb. u. Gyn. Sitzg. vom 9. Febr. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. p. 864. (Vorläufige Mitteilung.)
28. *Jonas, W., Über puerperale Uterusinversion. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 1880.
29. Jones, W. C., Inversion of uterus. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 16. Nr. 6. (Erklärt Erschlaffung als primäre Ursache, Druck von oben und Zug von unten als veranlassende Momente.)
30. Kemp, D. C., Ovarialzyste, die während der Entbindung von der Hebamme von der Vagina her entwickelt wurde. Lancet. Bd. 2. p. 865. (Durch Ruptur des hinteren Scheidengewölbes, die wahrscheinlich von der Hebamme verursacht war.)
31. Kiesin, H., Todesfälle und Herzerkrankungen unter der Geburt. Wiener klin. Rundschau. Bd. 27. p. 497. (Plötzlicher Todesfall in der Schwangerschaft an Myodegeneratio cordis bei Kyphoskoliose am Tage vor der in Aussicht genommenen Frühgeburtseinleitung, ferner 10 Todesfälle an Herzerkrankungen während der Geburt.)
32. Kirchberg, P., Psychische Störungen während der Geburt. Arch. f. Psychiatrie. Bd. 52. Heft 3.
33. *Langes, E., Intraperitoneale Verblutung intra partum infolge Venenruptur des Uterus. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 537.
34. Lévy, Endes und Pottet, Fall von traumatischer Uterusruptur mit abdominaler Hysterektomie erfolglos behandelt. Rev. prat. d'obst. et de péd. Bd. 25. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 637. (Bei zweimaligem Zangenversuch und engem Becken; Tod an Sepsis.)
35. Liability for malpractice where two independent physicians are employed. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 61. p. 889. (Klage gegen zwei Ärzte, von welchen der eine narkotisierte, der andere mit der Zange entband, starke Einrisse bewirkte, die Nachgeburt angeblich zum Teil zurückliess und Puerperalfieber hervorrief; es wird die Frage erörtert, ob beide Ärzte für Fehler des Operateurs verantwortlich seien und entschieden, dass jeder für die ihm zufallende Aufgabe verantwortlich ist, der Narkotiseur aber auch für fehlerhafte Handlungen oder Unterlassungen des Operateurs, soweit er sie bemerkte oder bemerkt haben konnte.)
36. *Mc Afee, D. J., Complete inversion of the uterus with adherent placenta. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 608.

37. Madill, D. G., Rupture of the uterus. R. Ac. of Med. in Ireland. Sect. of Obst. Sitzg. vom 7. Febr. Lancet. Bd. 1. p. 689. (Eine spontane und eine violente Ruptur durch dreimaligen vergeblichen Zangenversuch mit Zerreissung der Blase und Exitus trotz Operation.)
38. *Mansfeld, Die Uterusinversion bei mangelhafter Entwickelung des Adrenalinsystems. Mitteil. a. d. II. Frauenklinik d. k. ung. Universität Budapest. Bd. 2. Heft 1.
39. *Masurin, K. M., Über Perforation des lebenden und toten Kindes. Shurn. akusch. i shensk. bolesn. 1912. p. 1430. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 555.
40. Mayer, A., Über Gefahren des Momburgschen Schlauches. Gyn. Rundschau. Bd. 7. p. 391. (Macht auf die Möglichkeit von Nierenschädigungen, besonders bei Nephroptose und Herz-, vielleicht auch Darmschädigungen aufmerksam; in einem Falle entstand ein perirenales Hämatom im Hilusgebiet der an die Wirbelsäule angedrückten Niere.)
41. Meyer, A., Über einen Fall von Ruptur des Septum recto-vaginale bei spontaner Geburt. Inaug.-Diss. München 1912. (Mit intaktem Damm; Anführung von neun Fällen aus der Literatur.)
42. Mironowa, Wiederholte Uteruszerreissung während der Geburt. Russki Wratsch. Nr. 16. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 1476. (Nach zweimaliger Ruptur nochmalige Zerreissung in einer alten Narbe.)
43. Naturheilkundiger als Geburtshelfer; Verurteilung wegen fahrlässiger Tötung. Zeitschrift f. Med.-Beamte. Bd. 26. 2. Beil. p. 190. (Behandlung einer Zwillingsgeburt mit nachfolgender Atonie und tödlicher Blutung. Die Behandlung hatte in Handauflegen und kreisenden Handbewegungen bestanden.)
44. *Nebesky, O., Beitrag zur Therapie der kompletten Uterusruptur. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. p. 417.
45. *v. Neugebauer, F., Über eine Geburt fünf Jahre nach vorausgegangener Piccolioperation wegen puerperaler Uterusinversion. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 529.
46. *Ortenburg, H. v., Zur Verwendung gestielter Hautlappen zum Verschluss grosser Mastdarm-Scheidenfisteln. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 1713.
46a. *Patek, R., Ein Beitrag zur Widerstandskraft des Peritoneums und der Uterusnaht nach Sectio caesarea (von der Patientin selbst ausgeführt). Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 1105.
47. Pini, Vier Fälle von Uterusruptur während der Entbindung. Geb.-gyn. Ges. d. Marken u. d. Emilia. Sitzg. vom 18. Mai 1912. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. p. 274. (Zwei spontane und zwei violente bei Wendung aus Schieflage.)
48. Plauchu, Retention des abgerissenen Kopfes im Uterus. Lyon méd. Nr. 39. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 416.
49. Queisner, Vorzeitige Lösung der normal sitzenden Plazenta. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 1. Febr. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. p. 529. (Nach Trauma gegen die vordere Bauchwand, Kind tot.)
50. *Raebiger, A., Beitrag zur Geburtshilfe der westafrikanischen Neger. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 468.
51. Reid, J., Rupture of uterus with extrusion of intestines. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 338. (Bei Spontangeburt mit Vorfall von drei Darmschlingen; Genesung ohne Operation nach Reposition des Darms.)
52. Ribbius, Zur Kenntnis des Mechanismus der Uterusinversion bei Atonie. Festschr. f. Treub, Leiden 1912. (Nimmt bei plötzlicher spontaner puerperaler Inversion den Beginn in der schlaffen Cervix an.)
53. Rizzacasa, Tod einer Parturiens infolge Ruptur von Ösovagusvarizen. Arch. di Ostetr. e Gin. Bd. 3. (Tod unmittelbar nach der Geburt, nachdem zwei Tage vorher abundante Hämatemesis eingetreten war; Sektion; Leberzirrhose.)
54. Rühle, Uterusruptur, sofortige Laparotomie, Tod. Niederrhein.-westf. Ges. f. Gyn. u. Geb. Sitzg. vom 25. Febr. 1912. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Ergänzungsheft. p. 354. (Ruptur ohne charakteristische Symptome, wahrscheinlich in alter Cervixnarbe eingetreten.)
55. *Sachs, Zwei Fälle von Uterus inversus. Verein f. wissensch. Heilk. Königsberg. Sitzg. vom 10. Nov. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 2759.
56. *Saenger, H., Über plötzliche, klinisch rätselhafte Todesursachen während und kurz nach der Geburt. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 1321.
57. *Schechner, M., Blutung post abortum et post partum. Med. Klinik. Bd. 9. p. 1207.
58. *Scherbak, A. L., Leichtes Erkennen kleinster Plazentardefekte. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 1327.

59. *Shechau, C., Traumatische interne vaginale Blutung. Brit. Med. Journ. Bd. 1. März.
60. Siegel, P. W., Dämmerschlaf in der Geburtshilfe mit konstanten Skopolaminlösungen. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. Nr. 41. (22 Fälle, darunter ein Kind tief asphyktisch.)
61. Solowij, A., Über eine seltene Ursache der spontanen Zerreissung der Gebärmutter während der Entbindung. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 1623. (Querer bis schräger Riss durch den Uterus in die Vorderwand, die als Folge von peritonealen Verwachsungen der Hinterwand mit Colon sigmoideum und Mesocolon gedeutet wird.)
62. *Staude, C., Über Peroneuslähmung post partum. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. p. 611 u. 692.
63. *Steenhuis, T. S., Spontane Uterusruptur während der Geburt. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. Nr. 6. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 1806.
64. Stephan, S., Intraperitonealer Verblutungstod sub partu aus einem Varixknoten an der Uteruskante. Gyn. Rundschau. Bd. 7. p. 657. (Exitus trotz Laparotomie.)
65. *Sternberg, C., Im Anschluss an die Momburgsche Blutleere und an Lumbalanästhesie aufgetretene Todesfälle. Med. Klinik. Bd. 9. p. 166.
66. ten Cate, Plötzlicher Tod nach der Geburt. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1911. II. Nr. 8. (Einmal durch Tympania uteri nach Totgeburt und einmal durch Inversio uteri.)
67. *Thaler, Zwei Fälle von Uterusruptur. Geb.-gyn. Ges. Wien. Sitzg. vom 11. März. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 1783.
68. *Tuley, H. E., Rupture of the symphysis pubis in labor. Amer. Assoc. of Obst. and Gyn. 26. Jahresvers. Amer. Journ. of Obst. Bd. 68. p. 853.
69. Varaldo, Spontanruptur des Uterus in der Geburt durch Austritt des Fötus und der unversehrten Eianhänge in der Bauchhöhle. Ginec. mod. 912. Nr. 10. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 1734. (Platzen des Uterus in der Kaiserschnittnarbe nach Einleitung der künstlichen Frühgeburt im achten Monat.)
70. *Vercesi, Über Symphysenruptur unter der Geburt. Ginec. Bd. 10. Nr. 8. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 187.
71. Vogt, Die geburtshilfliche Bedeutung des Status hypoplasticus. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. Nr. 28. (Darunter ein Fall von Inversio uteri.)
72. Vogt, E., Über ein unter der Geburt entstandenes Bauchdeckenhämatom. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 493. (Bestätigt das Vorkommen spontaner Bauchdeckenhämatome während Schwangerschaft und Geburt; ein Fall letzterer Art wird angeführt.)
73. *Wagner, G. A., Die Gefahren des Hypophysenextraktes. 85. Vers. deutsch. Naturf. u. Ärzte. Wien. Abt. f. Geb. u. Gyn. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 1517.
74. Walz, Zerreissung einer mit Kaiserschnittnarbe verwachsenen Darmschlinge intra partum. Ärztl. Verein Stuttgart. Sitzg. vom 10. Okt. 1912. Deutsche med. Wochenschrift. Bd. 39. p. 45.
75. *Werboff, J., Die Gebärmutter des Weibes, ihre normale Arbeit und ihre Zerreissungen während der Geburt. Berlin, S. Karger.
76. Wolff, Uterusruptur nach suprasymphysärem transperitonealem Kaiserschnitt. Charité-Annalen. Bd. 37. (Bei der folgenden Geburt eine halbe Stunde nach dem Blasensprung aufgetreten.)
77. Wyss, A., Beitrag zur Uterusruptur nach Kaiserschnitt. Inaug.-Diss. Basel. (Zwei Fälle und Sammlung von 42 Fällen aus der Literatur.)
78. Zalewski, E., Beobachtung einer beginnenden Spontanruptur des Uterus gelegentlich einer Sectio suprapubica. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 2456. (Beginnende Uterusruptur longitudinal in der Medianlinie der Vorderwand in einer Narbe, die Folge einer Verletzung bei früher ausgeführter Perforation war.)
79. *Zangemeister, W., Über puerperale Uterusinversion. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 729.
80. — Über Uterusinversion. Ärztl. Verein Marburg. Sitzg. vom 18. Jan. Med. Klinik. Bd. 9. p. 349.

Saenger (56) bespricht die plötzlichen Todesfälle während und nach der Geburt und erwähnt einen solchen an eitriger Basal- und Konvexitätsleptomeningitis, der klinisch an Eklampsie erinnerte, ferner einen Todesfall durch Appendizitisperforation und endlich einen solchen an akuter Pankreasnekrose mit ausgedehnten Hämorrhagien und frischen, schwer toxischen Schädigungen der Leber bei einer scheinbar gesunden und völlig spontan entbundenen IV para.

Sternberg (65) teilt einen Todesfall im Wochenbett mit, der als Folge der Momburgschen Schnürung aufgefasst, indem sich bei der Sektion eine ganz frische Peritonitis fand, die auf hochgradigen Meteorismus durch Darmschädigung infolge Läsion der Splanchnici zurückgeführt wird.

Masurin (39) betont die Unentbehrlichkeit der Perforation auch des lebenden Kindes, besonders für den praktischen Arzt.

Uterusruptur.

Werboff (75) betont die Möglichkeit des Entstehens der Uterusruptur bei schwacher Wehentätigkeit und ohne dass vorher der Kontraktionsring sich ausprägt. Das Fehlen des Kontraktionsringes spricht also nicht gegen die Gefahr einer Zerreissung.

Bretschneider (8) beschreibt zwei Fälle von violenter Uterusruptur, eine bei innerer Wendung, die zwar kurz nach Fruchtwasserabfluss, aber mit Gewaltanwendung und während einer Wehe zu Ende geführt worden war, und eine bei Extraktion einer dem sechsten Monat entsprechenden Frucht am vorliegenden Fusse bei nur für den Finger durchgängigem Muttermund. Im letzteren Falle wurde beim Versuch des Durchziehens des Kopfes das Kollum fast zirkulär abgerissen und deshalb der Rumpf vom Kopf abgetrennt. Die Operation war in diesem Falle sicher nicht indiziert.

Andrews (2) beschreibt einen Fall von ausgedehntester Uterusruptur nach Zangenentbindung: Abreissung der Scheide von der Cervix, ausgenommen vorne und rechts, Abreissung des unteren Uterinsegments vom oberen Teil, ausgenommen rechts und vorne und Zerreissung des unteren Uterinsegments links von oben bis unten. Es wird angenommen, dass das linke Zangenblatt ausserhalb des Muttermundes angelegt worden war und die linksseitigen Weichteile mit ausgerissen hat. Die Wöchnerin wurde durch Uterusexstirpation gerettet.

Espeut (18) beobachtete Uterusruptur bei wenig verengtem Becken in der Austreibungsperiode nach zwei Spritzen Pituglandol, und zwar wenige Minuten nach der zweiten Injektion eintretend. Das Wehenmittel wird als Veranlassung, die Beckenverengung als disponierend angenommen.

Herz (25) beobachtete nach Pituitrininjektion in der ersten Geburtsperiode tetanische Wehen und während einer solchen Abreissen der Cervix in ihrem ganzen vorderen Umkreise vom Scheidengewölbe (Kolpaporrhexis). Der Kopf war in das (wenig verengte) Becken eingetreten.

Wagner (73) macht darauf aufmerksam, dass das Hydrophysenextrakt zu rasch sich entwickelnder Dehnung des unteren Uterinsegments und selbst zu Uterusruptur und Kolpaporrhexis führen kann, und dass andererseits wegen der andauernden Wehentätigkeit das Kind asphyktisch werden und ersticken kann, endlich dass ein Übergang auf das Kind möglich ist und dieses durch abnorm starke Gefässwirkung gefährdet werden kann.

Freund (20) beschreibt eine bei Wendung entstandene violente Uterusruptur und schliesst aus der Anschwellung der vorderen Muttermundslippe, dass es sich nicht um primäre Querlage, sondern um durch Abweichung des Kopfes aus Geradlage bei plattem Becken entstandene Schieflage gehandelt haben musste.

Henkel (24) beschreibt einen Fall von Uterusruptur bei Plazentarlösung, Eindringen der Hand in die Bauchhöhle und Abreissen des Querkolon von seinem Mesenterium. Nach Uterusexstirpation und Resektion des Querkolon erfolgte Heilung. Ferner wird über einen Fall von Ruptur nach voraufgegangener Wendung und Zangenversuchen berichtet.

Langes (33) beschreibt einen Todesfall während der Geburt an Verblutung in die Bauchhöhle durch Ruptur einer grossen dünnwandigen, varikös erweiterten Vene dicht unter der Serosa an der linken Seitenkante etwas nach hinten zu, ungefähr in der Höhe des inneren Muttermundes. Ein Trauma war auszuschliessen.

Nebesky (44) beschreibt einen Fall von unbemerkt eingetretener Uterusruptur bei spontaner Entbindung (der Riss wurde erst bei der Plazentarlösung gefunden) und eine ohne Vorboten eingetretene Ruptur, ferner zwei Fälle bei räumlichem Missverhältnis, darunter einen nach Wendung.

Steenhuis (63) beschreibt einen Fall von spontaner und völlig unbemerkt entstandener Uterusruptur bei einer VIpara, mit Abreissung der Adnexe; als Prädisposition wird der histologische Befund: elastisches Gewebe zu Klümpchen und Körnern und grossen Klumpen zusammengeballt und intramuskuläres Bindegewebe vermehrt — angeführt.

Thaler (67) berichtet über einen Fall von Uterusruptur am Anfang der Geburt bei völlig normalen Beckenverhältnissen und führt die Verletzung auf früher vorgenommene instrumentelle Abortausräumung, zurück wenn auch die histologische Untersuchung der

Rupturstelle keinen sicheren Anhaltspunkt für das Bestehen einer alten Narbe ergab. In der Diskussion äussert sich Schauta verurteilend über die kritiklosen Auskratzungen bei Abortus, die nicht immer von den erfahrendsten und geschicktesten Händen ausgeführt werden.

Armytage (3) beobachtete Uterusruptur bei Frühgeburt im siebenten Monat durch manuelle Plazentarlösung. Die Plazenta war in einem Uterusdivertikel inseriert, dessen Wand nur 3 mm dick war.

Frey (21) beobachtete am dritten Tage nach der Geburt bei einer Wöchnerin anlässlich des Pressens zur Stuhlentleerung Vorfall von Darm und Netz vor die Vulva durch einen sagittalen glattrandigen Riss im hinteren Scheidengewölbe, der wahrscheinlich bei der von der Hebamme ausgeführten manuellen Plazentarentfernung entstanden war. Während Frey nicht glaubt, dass die Hebamme bei Plazentarlösung einen solchen Riss zustande bringen kann, wird dies von Sellheim (Diskussion) für sehr wohl möglich gehalten. A. Mayer hält die spontane Entstehung nicht für ausgeschlossen und Wormser führt als Beweis für die leichte Zerreisslichkeit des hinteren Scheidengewölbes die Koitusverletzungen an. Die Hebamme wurde nicht weiter gerichtlich verfolgt.

Sheahan (59) beobachtete nach normaler Geburt einen die hintere Scheidenwand weit vorwölbenden Bluterguss infolge eines hoch in der Scheide sitzenden Risses.

Schechner (57) fordert im Anschluss an einen gerichtlichen Fall von Verblutungstod, in welchem ein Arzt nicht sofort die Plazentarlösung ausführte, weil er zuerst seine Gummihandschuhe auskochen musste, bei Nachgeburtsblutungen die sofortige Entfernung der Plazenta oder ihrer Reste (Gummihandschuh ist schon steril mitzubringen oder in Sublimat zu legen) und das Verbleiben bei der Operierten bis mindestens eine halbe Stunde nach der Operation in Rücksicht auf die Möglichkeit einer sekundären Synkope.

Scherbak (58) empfiehlt zur Erkennung auch kleinster Plazentardefekte die mütterliche Fläche mit kochendem Wasser zu übergiessen, wobei defekte Stellen durch Farbenkontrast gegen die intakte Decidua sich kenntlich machen.

Ortenburg (46) beschreibt einen Fall von ausgedehnter Blasenharnröhrenscheidenfistel, grosser Mastdarmscheidenfistel und Dammriss dritten Grades nach zweitägigem Stehen des Kopfes in der Schamspalte. Die Geburt war seitens einer Nachbarin (Brasilien) durch Improvisierung einer Zange aus zwei Zinnlöffeln schliesslich vollendet worden.

Andere Geburtsverletzungen.

Vercesi (70) beobachtete bei rachitisch plattem Becken Symphysenruptur bei schwieriger Entwickelung eines in Gesichtslage eingestellten, aber perforierten Kopfes mit der Zange. Als Disposition wird übermässig starke Auflockerung, die in der Schwangerschaft schon Gehstörungen bewirkt hatte, und ausserdem überstandene Rachitis angenommen.

Tuley (68) berichtet über einen Fall von Symphysenruptur bei der Geburt; die Zange war bei Vorderscheitelstellung vergeblich versucht, dann war mittelst manueller Drehung das Hinterhaupt nach vorne gedreht und das Kind schliesslich mit der Zange entwickelt worden. Die Ruptur wurde erst bei der Tamponade eines blutenden Risses an der vorderen Kommissur entdeckt. In der Diskussion hält Ill diese Verletzung für nicht so sehr selten; zuweilen ist die Blase von der Symphyse abgerissen und häufig ist zugleich eine Blasenscheidenfistel vorhanden (zwei Fälle). Davis führt einen weiteren Fall mit Weichteilverletzung bei Zangenoperation an, Rongy vier, davon zwei bei Spontangeburt, einen bei Entwickelung des nachfolgenden Kopfes und einen bei hoher Zange; besonders nicht vollständiger Eintritt des Kopfes in einen verengten Beckeneingang wirkt disponierend.

Zangemeister (79, 80) erklärt spontane Uterusinversionen für zweifellos vorkommend, die violenten aber an Zahl für überwiegend. Eine artifizielle Inversion braucht keine verschuldete zu sein, denn auch durch einen sachgemässen Eingriff kann eine Inversion bewirkt werden. Als Grundbedingung wird Schlaffheit des Uterus beschuldigt und der Zug nach unten bei schlaffem Uterus als hauptsächlichste Ursache beschuldigt, ausserdem eine starke Betätigung der Bauchpresse, lokalisierter Druck von oben mit einzelnen Fingern oder mit der Faust, Zug an der Nabelschnur oder an der Plazenta und manuelle Plazentarlösung. Fundaler Sitz der Plazenta wirkt disponierend. Unter 401 Fällen war in 14% die Geburt künstlich beendigt worden; die Nachgeburtsperiode war unter 370 Fällen in 46% spontan verlaufen, in 12% durch Credé, in 6% durch manuelle Lösung beendigt worden; Zug an Nabelschnur oder Plazenta hatte in 36% stattgefunden.

Mansfeld (38) beobachtete einen Fall von Uterusinversion nach Expression eines Blutklumpens zwei Stunden nach Geburt der Plazenta und sucht die Ursache der Atonie in einer Verminderung des Adrenalingehalts des Blutes.

Jonas (28) beschreibt einen Fall von Uterusinversion nach von der Hebamme ausgeführter Expressio placentae mit gleichzeitigem Zug an der Nabelschnur und einen zweiten nach manueller Plazentarlösung seitens der Hebamme. In beiden Fällen fand sich als Prädisposition Vermehrung des Bindegewebes besonders in der Umgebung der Blutgefässe, in einem Falle Verminderung von Blutdruck erhöhenden Substanzen im Blute, im zweiten Falle ausserdem fundale Insertion der Plazenta.

Ein Fall von violenter Uterusinversion durch Zug an der Nabelschnur wird von P. und J. Colle (15), Ekstein (16), v. Neugebauer (45) und Raebiger (50) mitgeteilt; in allen Fällen war der Zug von einer Hebamme ausgeführt worden. Sachs (55) berichtet über einen Fall während Expression und nachfolgendem Zug an der halbgeborenen Plazenta seitens eines Arztes. Alsberg (1), Bierer (6) und Mc Afee (36) veröffentlichten Inversion während Expressio placentae, die zweimal von der Hebamme, einmal von einer Pflegerin ausgeführt worden war. Bierers Forderung, den Credéschen Handgriff den Hebammen zu verbieten, ist sicher viel zu weitgehend.

Über spontan entstandene Inversionen berichten Aytouri (5) (Fundusplazenta) und Sachs (55).

Staude (62) beschreibt zwei Fälle von isolierter Peroneuslähmung, einen nach langem Stand eines grossen Kopfes (Kind 4560 g) im Beckeneingang und einen bei Steisslage; für letzteren Fall wird bei Herabstrecken des Fusses zu grosser Vorsicht gemahnt. In der Diskussion werden zwei Fälle von Bruns mitgeteilt.

Kirchberg (32) erwähnt unter Mitteilung mehrerer Fälle die Möglichkeit rasch vorübergehender psychischer Störungen in und unmittelbar nach der Geburt.

Patek (46a) berichtet über einen Fall von Selbstausführung der Sectio caesarea durch eine Schwangere mittelst eines Rasiermessers. Sie wurde mit klaffender Schnittwunde und vorgefallenen Dünndarmschlingen, das Kind, das gelebt hatte, mit der Placenta in einem mit Wasser gefüllten Kübel gefunden. Durch Vernähung der Wunden des Uterus und der Bauchdecken wurde Heilung erzielt. Die Täterin erwies sich bei weiterer Beobachtung als sehr intelligent und hatte offenbar im Zustande mangelhafter Zurechnungsfähigkeit gehandelt. Die gerichtliche Untersuchung, bei der beabsichtigte Kindestötung oder einfacher Selbstmord zu ermitteln war, wurde eingestellt.

Anhang: Unglücksfälle und Genitalverletzungen ausserhalb der Zeit von Schwangerschaft und Geburt.

1. *Asch, Uterusperforation infolge krimineller Fruchtabtreibung. Gyn. Ges. Breslau. Sitzg. vom 11. Febr. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 691.
2. *Banga, H., Über den Gebrauch des Quellstiftes zur Erweiterung des Gebärmutterhalses zwecks der digitalen Untersuchung der Uterushöhle. Deutsche med. Ges. Chicago. Sitzg. vom 3. April. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 1860.
3. *Bastianelli, Diagnostisch-operative und histologische Betrachtungen über einen Fall von Uterusperforation mit Vorfall einer Dünndarmschlinge. Ginec. Bd. 10. Nr. 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 1734.
4. *Bauereisen, Ileus und Fremdkörper. Med. Ges. Kiel. Sitzg. vom 5. Juni. Med. Klinik. Bd. 9. p. 1517.
5. *Binz, F., Zur Kasuistik der Pfählungsverletzungen. Inaug.-Diss. München.
6. *Brande, I., Uterusperforation mit Abreissen des Wurmfortsatzes und multiplen perforierenden Darmverletzungen operativ geheilt. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 1875.
7. Brósz, S., Ein in die Scheidenwand eingewachsener Pessar. Ges. d. Spitalärzte. Budapest. Sitzg. vom 5. April. Gyn. Rundschau. Bd. 7. p. 51. (Vollständiges Einwachsen des ein Jahr liegenden Mayerschen Ringes.)
8. *Doléris, J. A., Dystocie par oblitération du col. Soc. d'obst., de gyn. et de péd. de Paris. Sitzg. vom 11. Dez. 1911. Annales de gyn. et d'obst. 2. Serie. Bd. 10. p. 169.
9. Eberhart, F., Uterusperforation mit Tubenherabzerrung. Med. Ges. Göttingen. Sitzg. vom 5. Dez. 1912. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 94. Siehe Jahresbericht Bd. 26. p. 850.
10. *Ekstein, E., Abortus und Partus arte praematurus. Gyn. Rundschau. Bd. 7. p. 63.
11. *Erdmann, J. F., Perforation of the uterus during curettage, with prolapse of the gut necessitating the removal of two feet of intestine. New York Surg. Soc. Sitzg. vom 11. Dez. 1912. Annals of Surg. Bd. 57. p. 443.

12. Eskridge, B. C., Use and abuse of uterine curette. Texas State Journ. of Med. Bd. 8. Nr. 11.
13. *Fischer, Sublimatvergiftung durch Scheidenspülung. Ärztl. Verein Frankfurt a. M. Sitzg. vom 17. Febr. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 569.
14. Frankl, O., Anatomisches Präparat eines Kollumkarzinoms. Geb.-gyn. Ges. Wien. Sitzg. vom 20. Mai. Wiener med. Wochenschr. Bd. 63. p. 2280. (Das Präparat war so weich, dass es durch einen Bleistift ohne besonderen Druck perforiert werden konnte, was im Hinblick auf die Möglichkeit der Annahme eines Kunstfehlers hervorgehoben wird.)
15. Fraikin, Responsabilité. Journ. de méd. de Bordeaux. Bd. 84. p. 221. (Erwähnung einer Schadenersatzklage wegen Verbrennung der Bauchdecken bei der Vorbereitung zu einer Laparotomie; eine in der Nähe des Operationsfeldes sitzende eitrige Aknepustel wurde mittelst Thermokauters zerstört; hierdurch geriet eine geringe Menge Alkohol in der Schenkelbeuge in Brand und verursachte eine Hautverbrennung. Die Klage lautete auf 60 000 Frcs. Schadenersatz und das Gericht sprach eine Entschädigung von 15 000 Frcs. aus!!)
16. *Freund, R., Uterusverletzungen. Med. Klinik. Bd. 9. p. 1558.
17. Furniss, H. D., One gauze sponge removed from bladder, another from the vagina, months after a Duehrssen operation for prolapse. Journ. of Amer. med. Assoc. Bd. 60. p. 1879. (Inhalt aus Titel ersichtlich.)
18. *Groené, Metritis dissecans puerperalis. X. Vers. d. nord. chir. Vereins Kopenhagen. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. p. 585.
19. Guyot und G. Jeanneney, Pessaire enchatonné dans un vagin après un séjour de vingt ans. Soc. anat.-clin. de Bordeaux. Sitzg. vom 13. Jan. Journ. de méd. de Bordeaux. Bd. 84. p. 331. (Das Pessar war von der Scheide aus in das Septum vesicovaginale eingewachsen.)
20. *Halban, Prolaps bei einer Virgo. Geb.-gyn. Ges. Wien. Sitzg. vom 12. Nov. 1912. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 858.
21. *Hammerschlag, Über Abortbehandlung. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 1348 u. 1125.
22. *Hashinsky, P. H., Zur Frage der Uterusperforation. Shurn. akusch. i shensk. bolesn. 1911. p. 1509. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 637.
23. Heng, Über den Einfluss des Berufs auf die Entstehung von Frauenkrankheiten. Zeitschr. f. Gewerbehyg. 1912. Nr. 16 ff.
24. *Herz, E., Zur Technik der Ausräumung. Wiener med. Wochenschr. Bd. 63. p. 703.
25. *Herzfeld, K. A., Über Uterusperforation. Geb.-gyn. Ges. Wien. Sitzg. vom 20. Mai. Wiener med. Wochenschr. Bd. 63. p. 2279.
26. *Hirsch, M., Frauenerwerbsarbeit und Frauenkrankheit. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Ergänzungsheft. p. 298.
27. Hoffmann, A., Beckenbruch mit Scheidenzerreissung. Greifswalder Med. Verein. Sitzg. vom 8. Febr. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 1285. (Beckenbruch — Symphyse — durch Überfahren, neunjähriges Mädchen, zwei tiefe blutende Scheidenrisse, Auslösung der Mündung der Harnröhre, Abreissung der hinteren Kommissur vom Damm; Naht; Beckengurt, Heilung.)
28. *Hüssy, P., Ein Fall von tödlicher Peritonitis nach Laminariadilatation. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 922.
29. *Janczewski, St., Fall von Uterusperforation bei einer wegen hartnäckiger Blutung zum dritten Male vorgenommenen Uterusauskratzung; Hervorziehen eines Omentalzipfels, Reposition desselben in den Uterus, abwartende Behandlung. Genesung. Przegl. chir. i gin. Bd. 6. p. 246. Ref. Gyn. Rundschau. Bd. 7. p. 746.
30. *Jaworski, J., Zur Kasuistik der gleichzeitigen Verletzung von Scheide und Mastdarm. Gaz. lek. Nr. 36. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 1899.
31. Kaestner, P., Der Arzt in der Rechtsprechung. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 1495. (Gerichtlicher Fall von zweifacher Perforation des Uterus mit nachfolgender Spülung und Tod, in dem die Frage aufgeworfen wurde, ob die eine oder die andere Verletzung als Todesursache zu betrachten war. Das Reichsgericht entschied, dass die beiden Verletzungen zusammen, nicht nur jede für sich, den Tod herbeiführen konnten. Ferner Verurteilung eines Apothekers, der Chlorzinklösung an einen Mann zum Zweck von Scheidenspülung bei dessen unterleibskranker Frau verkaufte, die dann an Unterleibsentzündung starb, so dass fahrlässige Tötung angenommen wurde.)

32. Klingebiel, Pessair resté cinq ans dans un vagin. Soc. anat.-clin. de Bordeaux. Sitzg. vom 7. April. Journ. de méd. Bordeaux. Bd. 84. p. 519.
33. *Knoop, Ein bei einer vor 15 Jahren ausgeführten Laparotomie in der Bauchhöhle zurückgelassener Tupfer. Niederrhein.-westf. Ges. f. Gyn. u. Geb. Sitzg. vom 3. Dez. 1911. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Ergänzungsheft. p. 351.
34. Knoop, Uterusperforation mit Darmverletzung bei Abortausräumung. Niederrhein.-westfäl. Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 4. Dez. 1910. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. p. 240. (Ein Fall wird von Lüsebrink in der Diskussion mitgeteilt, Kornzange, mit der Appendices epiploicae hervorgezogen wurden; Bemerkung von Frankenstein, dass eine Perforation nur dann Schaden stiftet, wenn sie unbemerkt bleibt, wenn die Operation nicht abgebrochen und die Verletzung nicht sofort versorgt wird.)
35. *Knüpffer, Tupfer in der Bauchhöhle. Ges. prakt. Ärzte. Reval. Sitzg. vom 20. Febr. 1912. St. Petersb. med. Zeitschr. Bd. 38. p. 39.
36. Köhler, R., Inkarzeration des prolabierten Uterus in einem Mayerschen Ringpessar. Geb.-gyn. Ges. Wien. Sitzg. vom 20. Mai. Wiener med. Wochenschr. Bd. 63. p. 2279. (Nach Selbsteinführung des seit acht Jahren getragenen Pessars.)
37. Königer, Postnarkotische Lähmung der linken oberen Extremität. Ärztl. Bez.-Verein Erlangen. Sitzg. vom 18. Febr. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 1011.
38. *Kroph, V., Uterusperforation mit Verletzung des Darms. Ges. d. Ärzte Wien. Sitzg. vom 2. Mai. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 26. p. 773.
39. *Küstner, O., Ein am Fundus perforierter Uterus mit Adnexen. Verhandl. der Deutsch. Ges. f. Gyn. XV. Kongr. Leipzig. p. 221.
40. de Langenhagen, R., De l'emploi abusif et inconsidéré des irrigations vaginales trop chaudes en gynécologie. Revue prat. d'obst. et de gyn. Bd. 21. p. 129.
41. *Laserstein, Uterusperforation. Berl. Ges. f. Geb. u. Gyn. Sitzg. vom 8. Nov. 1912. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 73. p. 285.
42. Liability for leaving of sponge in abdominal operation. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 61. p. 2094. (Gerichtliche Entscheidung, dass für das Zurückbleiben von Gazetupfern etc. in der Bauchhöhle lediglich der Operateur haftbar ist und nicht ein Assistent oder eine Pflegerin. Die Anwendung solcher Tupfer ist ein Teil der Operation, also ist auch ihre Entfernung ein Teil der Operation.)
43. *Maly, G. W., Über eine seltenere Art des Zustandekommens von Uterusverletzungen. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 763.
44. *Martin, E., Beitrag zur Begutachtung des Genitalprolapses als Unfallsfolge. Ärztl. Sachverständ.-Zeitg. Bd. 19. p. 489.
45. *— Prolaps und Unfall. Ärztl. Sachverständ.-Zeitg. Bd. 19. p. 117.
46. *Mathes, P., Zur Technik der intrauterinen Injektionsbehandlung. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 2406.
47. *Michal, W., Uterusperforation. Casopis lek. česk. 1911. Nr. 2. Ref. Wiener med. Wochenschr. Bd. 63. p. 530.
48. *Morton, R. S., Effects of industrial strain on the working women. Amer. Journ. of Obst. Bd. 67. p. 1.
49. *Newnham, Foreign body in the peritoneal cavity. Midland Obst. and Gyn. Soc. Sitzg. vom 6. Dez. 1912. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 119.
50. *Nicolay, P., Über einen Fall instrumenteller Uterusperforation mit Verletzung des Mesenteriums und Kontinuitätstrennung des Darmes. Inaug.-Diss. München 1912.
51. Okuszko, Traumatischer Vorfall einer Dünndarmschlinge per rectum nach aussen nach einer Pfählungsverletzung. Med. i kron. Lek. 1912. Nr. 26. Ref. Gyn. Rundschau. Bd. 7. p. 787. (Durchbohrung des Rektum und teilweise des Dammes nach der Bauchhöhle mit Dünndarmvorfall; Reposition und Tamponade der Wunde. Heilung.)
52. *Orthmann, Zur Entstehung und Verhütung der Uterus- und Scheidenperforationen bei Abortausräumungen. Frauenarzt. Heft 4. p. 146.
53. Orthner, F., Zur Kasuistik der Pfählungsverletzungen. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 26. Nr. 2.
54. *Parakh, F. R., A case of coli infection of the bladder after hysterectomie. Brit. Med. Journ. Bd. 2. p. 123.
55. Puppel, Fremdkörper im Uterus. Mittelrhein. Ges. f. Geb. u. Gyn. Sitzg. vom 28. Juni. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. p. 485. (Bei Totalexstirpation des Uterus wegen schwerer Blutung nach der Geburt fand sich in der Uteruswand eine bei einer $2^1/_2$ Jahre vorher ausgeführten Myomenukleation abgebrochene Nadel, die auch während der ganzen Schwangerschaft, ohne Störungen zu verursachen, liegengeblieben war.)

56. Purslow, „Shelf"-pessary. Midland Obst. and Gyn. Soc. Sitzg. vom 4. März. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 669. (Fall von Ulzerationen der Scheide und Blasenscheidenfistel durch ein solches Pessar.)
57. *Rachfahl, H., Pfählungsverletzungen und weibliche Genitalien, am Anschluss an vier Fälle. Inaug.-Diss. Breslau.
58. Roemer, R., Ein Fall von Haematoma vaginae et vulvae mit nachfolgendem Verblutungstod. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 131. (Verblutung nach Platzen des Hämatoms, grosser Scheidenriss mit Abtrennung der hinteren Scheidenwand vom Rektum bis zum Uterus, wahrscheinlich Zerreissung eines grösseren Gefässes im paravaginalen Gewebe.)
59. Rübsamen und Weitzel, Zwanck-Schillingsches Pessar. Gyn. Ges. Dresden. Sitzg. vom 17. April. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 1161. (72jährige Frau, Durchbruch und Einheilung des um einen rechten Winkel gedrehten Pessars in der Blase.)
60. *Scheffen, Ein im fünften Monat der Gravidität perforierter Uterus. Mittelrhein. Ges. f. Geb. u. Gyn. Sitzg. vom 28. Juni. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. p. 484.
61. Schenck, B. R., Thrombosis and Embolism following operation and childbirth. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 17. Nr. 5.
62. *Sfameni, Fistole vescico-vaginali d'origine criminosa. Ginec. Bd. 8. p. 321. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. p. 211.
63. *Stöckel, W., Einwanderung eines Tupfers in die Blase nach Schauta-Wertheimscher Operation. Zeitschr. f. gyn. Urol. Bd. 4. p. 38.
64. *Thorn, Das Intrapessar in foro. Med. Ges. Magdeburg. Sitzg. vom 10. April. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 1745.
65. Torkel, Intrauterin zerbrochenes sog. Sicherheitspessar aus Beinmasse. Gyn. Ges. Breslau. Sitzg. vom 24. Juni. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 1359. (Pessar brach beim Versuch der Trägerin, es selbst vor der Menstruation zu entfernen, ab, Einspitzung des Fragments, starke Blutung; Hysterotomia anterior.)
66. *Van de Velde, Th. H., Über das Schalenpessar. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 339.
67. *Veit, Uterusperforation. Ges. f. Geb. u. Gyn. Berlin. Sitzg. vom 22. Nov. 1912. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 73. p. 306.
68. *Vogel, F., Traumatische Scheidenruptur mit Dünndarmvorfall. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 1326.
69. Weber, F., Ein Fall von Pfählungsverletzung. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 1772. (Pfählungsverletzung durch Eindringen eines Heugabelstiels bei einem 21jährigen Mädchen in das linke Scheidengewölbe und Perforation des Peritoneums unterhalb des linken Ovariums, Blutung in die Bauchhöhle, beginnende Peritonitis, Laparotomie, Spülung der Bauchhöhle; Heilung.)
70. *Whitall, J. D., Later history of case in which ten feet eight inches of gut were removed Annals of Surg. Bd. 58. p. 719.
71. *Witt, F., Kasuistischer Beitrag zur instrumentellen Perforation des abortierenden Uterus. Inaug.-Diss. Würzburg.
72. *Wolffenstein, W., Die Gefahren der Quecksilberkuren und ihre Verhütung nebst einem Falle von merkurieller Scheidengangrän. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 1904.

Uterusperforation.

Asch (1) beobachtete Perforation am Fundus durch eine zur Abtreibung eingeführte Spritze, die in ein Geschwür verwandelt war; Exitus an jauchiger Peritonitis.

Bastianelli (3) beschreibt einen Fall von verschlepptem Abort, bei dem die Sonde in der Bauchhöhle eindrang und durch eine zweifrankstückgrosse Durchlöcherung eine Dünndarmschlinge in den Uterus vorfiel. Es wird eine Verletzung bei Gelegenheit einer vor einem Jahre ausgeführten Wendung und Platzen der Narbe angenommen.

Braude (6) beschreibt einen Fall von Perforation des Uterus bei Abortausräumung, wobei bei für die Finger undurchgängigem Muttermund die Kornzange den abgerissenen Wurmfortsatz herausbeförderte; der Uterus wurde darauf wegen fortdauernder Blutung curettiert und dann ausgespült. Bei der nach etwa $1^1/_2$ Stunden ausgeführten Laparotomie fanden sich drei perforierende Verletzungen am Dünndarm, das Cökum stark suggiliert und von Serosa fast entblösst, die Appendix zum Teil abgerissen und Blutung aus dem abgerissenen Mesenteriolum; ferner fand sich ein Teil der Wirbelsäule des Fötus in der Bauchhöhle, endlich Verletzung des linken Ovariums mit Blutung. ~~Der Fall~~ veranlasst zur Warnung vor dem Gebrauch der Kornzange, ferner zur Aufforderung zur sofortigen Laparotomie bei Darmverletzung.

Bretschneider (e. 8) berichtet über zwei instrumentelle Durchbohrungen des Uterus, eine bei Abortausräumung vielleicht durch zu weite Einführung eines Laminariastiftes (oder vielleicht auch durch einen vorher geschehenen Abtreibeversuch?) entstanden und eine durch die Curette bei Cervixkarzinom. Auch im ersten Falle war die Uteruswand nicht normal und zeigte an der Stelle der Perforation perimetritische Auflagerungen. Bretschneider kommt zu dem Schlusse, dass die instrumentelle Perforation eines gesunden — puerperalen oder nichtpuerperalen — Uterus als technischer Kunstfehler anzusehen ist, die eines kranken oder senil atrophischen dagegen nicht. Als grober Kunstfehler wird es bezeichnet, wenn die Perforation an dem „uferlosen“ Eindringen des Instrumentes nicht sofort erkannt wird. Bei jeder mit grösseren Instrumenten als mit der Sonde bewirkten Perforation ist die Laparotomie und in reinen Fällen die Naht, in infizierten die Totalexstirpation auszuführen.

Ekstein (10) betont, dass die Perforation des Uterus bei Abortausräumung vermieden wird, wenn lege artis verfahren wird. Eine Verpönung jeder instrumentellen Behandlung ist zu verwerfen, denn die Art des gebrauchten Instruments spielt keine ursächliche Rolle, sondern nur die Art und Weise seiner Anwendung.

Erdmann (11) beschreibt eine Curettenperforation bei Abortausräumung in der 11. Woche mit ausgedehntem Darmvorfall. Erfolgreiche Operation; ausserdem werden vier weitere Fälle erwähnt.

Groené (18) beobachtete Sondenperforation des Uterus bei Metritis dissecans am 22. Tage nach der Geburt.

Hashinsky (22) beobachtete drei Fälle von tiefen Cervixrissen bei Dilatation der Cervix durch Hegarstifte, davon zweimal ins Peritoneum und einmal ins Parametrium — alle bei Abortausräumung. Einmal war eine Darmschlinge vorgezogen, der Darm selbst aber sehr wenig verletzt worden.

Herzfeld (25) beobachtete eine doppelte Perforation des Uterus, einmal durch einen Hegarstift und einmal durch Löffelzange bewirkt nach Einleitung und Ausräumung des Abortus bei Tuberkulose, mit Hervorziehung der ganzen Flexur in der Ausdehnung von 20 cm und unter Abreissung vom Mesenterium. Die instrumentelle Ausräumung des Abortus sofort nach der Abort-Einleitung bei nicht vorbereitetem Organ wird als schwerer Fehler bezeichnet.

Janczewski (29) berichtet über eine Uterusperforation mit der Curette. Ein hervorgezogener Netzzipfel wurde in den Uterus reponiert und stiess sich nach etwa sechs Wochen nekrotisch ab. Bei einer nach vier Jahren ausgeführten Laparotomie fand sich der Uterus 2 cm unter dem Fundus mit dem Netz strangförmig verwachsen. In der Diskussion berichtet Lipszat über eine zweimalige Perforation bei Abortauskratzung, die trotz jedesmaliger Spülung heilte. Szybowski berichtet über zwei Perforationen, Jancewski über eine solche nach Auskratzung, nachdem eine Hebamme den kriminellen Abort eingeleitet hatte. Monsiorski beobachtete zwei Perforationsfälle. Lesniowski glaubt, dass viele Perforationen unerkannt bleiben und heilen, hält aber in Fällen peritonealer Reizung sofortige Operation für geboten.

Kroph (38) beschreibt einen Fall von Blutung in die Bauchhöhle bei Gravidität im zweiten Monat, bei welchem sich bei der Laparotomie eine hirsekorngrosse Perforation der Hinterwand des Uterus und drei Stellen von Gangrän an der Dünndarmwand fanden, so dass die Resektion eines grossen Stückes Darms notwendig wurde. Die Darmgangrän wird auf Injektion einer ätzenden Flüssigkeit, die Uterusverletzung also auf Fruchtabtreibung mit Spritze und Injektion zurückgeführt. Seitens der Kranken wurde ein Eingriff in Abrede gestellt.

Küstner (39) berichtet über einen Fall von 2 cm breiter Perforation rechts am Fundus, in welchem bei der Laparotomie nachgewiesen werden konnte, dass die Perforation schon ausserhalb der Klinik vorgenommen worden war und Infektion bewirkt hatte, und nicht erst bei der in der Klinik eine Stunde vor der Operation ausgeführten Curettierung. (Die mikroskopischen Präparate wurden von Bondy demonstriert.)

Laserstein (41) beobachtete eine Perforation des Uterus bei Ausräumung eines Abortus im fünften Monate mittelst der Winterschen Abortzange. Er glaubt, dass nicht die Art der Zange, sondern die damit ausgeübte Hebelwirkung die Perforation bewirkt. In der Diskussion erklärt Hammerschlag die Wintersche Zange nur für dafür bestimmt, lose Teile zu entfernen, nicht aber um Teile von der Uteruswand abukneifen. Gottschalk verwirft jede Ausräumung mit Instrumenten und empfiehlt Ausräumung mit dem Finger, durch den eine Perforation unmöglich ist, was von Moraller bestritten, allerdings aber als sehr selten zugegeben wird. Bumm empfiehlt für praktische Ärzte ebenfalls die digi-

tale Ausräumung nach vorausgegangener Erweiterung und erklärt in vielen Fällen von Perforation die einfache Vernähung der Verletzung für genügend.

Maly (43) beschreibt eine Uterusperforation an der vorderen Uteruswand 2—3 cm über der Umschlagstelle des Bauchfells, die bei stumpfer Cervixdilatation zwecks Einleitung des künstlichen Abortus entstanden war. Er beschuldigt den Widerstand am inneren Muttermund, andererseits die Verwendung allzu stumpfer Dilatatoren (? Ref.) und betont die Seltenheit der Verletzungen der Vorderwand.

Michal (47) beschreibt zwei Uterusperforationen bei Abortausräumung mit Vorziehung einer Darmschlinge; in einem Falle (fünfter Monat) war der abgerissene Kopf des Fötus in die Bauchhöhle ausgetreten.

Nicolay (50) teilt einen Fall von Uterusperforation bei Abortausräumung mit; es entstand eine fünfmarkstückgrosse zerfetzte Öffnung an der Vorderwand nahe dem Fundus, eine Dünndarmschlinge war durchbohrt und das Mesenterium verletzt. Heilung trotz perforierender Darmverletzung und Koliinfektion. 34 Fälle von Uterusperforationen wurden mitgeteilt, aus denen geschlossen wird, dass Kornzange und Kurette am gefährlichsten wirken, digitale Ausräumung dagegen am ungefährlichsten ist.

Orthmann (52) beobachtete Perforation des hinteren Scheidengewölbes durch den Finger mit Darmvorfall, ferner Curettenperforation des Uterus mit nachfolgender Lysolspülung und Kollaps, an dem erst die Perforation erkannt wurde, endlich Perforation des Uterus bei Abort im vierten Monat und zweimarkstückgrossem Muttermund mit Hervorziehung und Abreissung einer 80 cm langen Dickdarmschlinge mit Exitus trotz Operation. Ausserdem werden die Uterusperforationen der letzten fünf Jahre zusammengestellt.

Parakh (54) beobachtete Perforation des Uterus im unteren Teil bei Dilatation des nichtschwangeren Uterus zwecks Curettage, und zwar bei Einführung von Hegarstift Nr. 4. Uterusexstirpation.

Scheffen (60) beschreibt eine Uterusperforation an der Hinterwand in der Höhe des inneren Muttermundes, entstanden bei Ausräumungsversuch im fünften Monate mit Dilatation und Abortzange, wahrscheinlich schon bei der Dilatation; erkannt wurde die Perforation an der Herausbeförderung von Fettgewebe. Es fand sich Abreissen der Serosa vom S Romanum auf eine Strecke von 16 cm und Abtrennung eines kleineren Darmstückes von seiner Unterlage. Die Perforation war vielleicht durch Tiefsitz oder Vorliegen der Plazenta begünstigt worden.

Schütze (d. 130) erwähnt eine Uterusperforation mit Netzvorfall nach Abortus; die Ausräumung war im zweiten Monat durch eine Hebamme ausgeführt worden, und drei Monate später wurde von ärztlicher Seite, wie es scheint, eine Ausschabung vorgenommen. Die Zeit und Art der Perforation blieb unaufgeklärt.

Veit (67) beobachtet eine übertalergrosse zerfetzte Durchlöcherung der Hinterwand des Uterus mit Darmvorfall nach Abortausräumung im dritten Monat mit Finger, Curette und Abortzange. Bei der Laparotomie fand sich ein 20 cm langes Stück des Querkolons von Serosa entblösst. 36 Stunden nach der Laparotomie (Uterusexstirpation, Darmresektion) Exitus.

Whitall (70) erwähnt einen Fall von Perforation des Uterus und Abreissen des Darms vom Mesenterium, so dass eine über 10 Fuss lange Darmschlinge reseziert werden musste.

Witt (71) beobachtete zwei Fälle von einfacher Perforation des Uterus in der Höhe des inneren Muttermundes durch Fritschsche Dilatatoren, darunter einen Todesfall an Sepsis und über drei Fälle von Perforation mittelst Korn- bzw. Abortzange und Darmverletzungen, alle mit tödlichem Ausgang trotz Operation; in einem Falle wurde ein über 2 m langes Darmstück, weil es für Embryodarm gehalten wurde, aus der Perforationsöffnung vorgezogen. Ausserdem werden 15 einfache und 21 mit Verletzung innerer Bauchorgane komplizierte Perforationen aus der Literatur zusammengestellt.

R. Freund (16) schreibt zur Vermeidung von Uterusperforationen bei Abortausräumung vor: bei geschlossener Cervix vorsichtige Dilatation, bei sehr rigider Cervix nicht brüske Erweiterung (Laminaria statt Hegar), Ausräumung stets digital, besonders bei Aborten vom dritten Monat aufwärts; nach Entfernung des Hauptinhalts allenfalls grosse stumpfe Curette, aber niemals Zangen. Bei Perforationen Unterlassung jedes weiteren lokalen Eingriffs und bei sicher reinen Fällen Abwarten, bei zweifelhaft sauberen Fällen sofortige Laparotomie, Uterusnaht in drei Etagen und extraperitoneale Verlagerung der Uteruswunde.

Herz (24) beschuldigt besonders die Abortus- und Kornzange als häufigste Ursache von Uterusperforationen bei Abortausräumung, namentlich von Hervorziehung von Darmschlingen. Die an zweiter Stelle beschuldigten Instrumente: Curette, Hegarstifte und Sonden, verursachen kleinere Verletzungen, wenn auch durch die Curette zuweilen auch ausgedehnte

Verletzungen bewirkt werden können. Es werden Lösung des Eies mit dem Finger, kombinierter Druck auf den Uterus, eventuell der stumpfe volle Löffel als unschädliche Ausräumungsmethoden bezeichnet.

Hammerschlag (21) erklärt gewisse Instrumente, wie die Kornzange und die Curette, für die Uterusperforation prädestiniert, jedoch kann auch bei geeigneten Instrumenten, jedoch ungeeigneter Technik, eine Perforation bewirkt werden. Die Wintersche Abortzange kann bei geeigneter Technik, wenn schon mit dem Finger losgelöste Reste gefasst werden, eine Perforation nicht hervorrufen.

Gottschalk warnt in der Diskussion vor Anwendung der Winterschen Abortzange in ungeübter Hand.

Banga (2) tadelt den in Amerika häufigen Missbrauch der Curette, besonders bei puerperalem Uterus und Infektion, ebenso in der Diskussion Schirmer.

Schädigung durch intrauterine Behandlung.

Hüssy (28) beschreibt einen Fall von tödlicher Peritonitis nach Laminariadilatation wegen Uterusmyoms und drohenden Abortus. Trotz Uterusexstirpation trat Exitus ein und aus Uterus und Tuben wurden stark hämolytische Streptokokken gezüchtet; die Infektion wird auf die Laminariaeinführung zurückgeführt und daher sterilisierbare Metalldilatatoren statt Laminaria empfohlen.

Schwarzwäller (d. 132) beobachtete schwere langdauernde Beckeneiterung durch einen Intrauterinstift, der zur Konzeptionsverhütung eingeführt und zwei Jahre lang getragen worden war. Die Eiterung verursachte später Amyloidniere und Tod. Der Stift war von einer Hebamme vertrieben worden. In der Diskussion teilt Starck eine schwere Beckeneiterung durch Tragen bzw. unreine Einführung eines „Steriletts“ mit.

Thorn (64) bespricht die durch Einlegen von Intrauterinpessaren infolge von Aszension der Keime bewirkten Schädigungen und erklärt das Einlegen eines solchen Instruments zwecks Verhütung der Konzeption für einen Kunstfehler. In der Diskussion berichtet Wegrad über vier Fälle von Parametritis und Pelveoperitonitis durch ein „Intrapessar“. Leo beobachtete als Folgen solcher Instrumente frische stark blutende Verletzungen, Parametritis, Endometritis besonders mit heftigen Blutungen und Fieber, Salpingitis und schwere Adnexerkrankungen, endlich Gravidität trotz Pessars mit nachfolgendem artefiziellen Abort durch das Pessar und Infektion. Ferner hebt Weinbrenner die gleichen Schädigungen hervor. Keferstein erklärt es für nicht angängig, die zwecks Konzeptionsverhütung vorgenommene Einführung eines Stiftes bei Nichtschwangeren als Abtreibung zu bestrafen.

Van de Velde (66) beobachtete zwei Fälle von Inkarzeration der Portio im mittleren Loche eines Schalenpessars.

Vergiftungen und Verätzungen.

Fischer (13) beobachtete nach Sublimatspülung (hochprozentig) der Scheide vor und nach der Menstruation Nekrose der Scheiden- und Uterusschleimhaut, Nephritis, Darmgeschwüre, Anurie und Tod.

Wolffenstein (72) beobachtete nach einer Quecksilberinjektionskur eine ausgedehnte gangränöse Zerstörung der Scheidenwand, 2—3 cm oberhalb des Introitus beginnend und bis zur Portio reichend; die ganze Wandung wurde im Verlauf mehrerer Wochen in Form von jauchigen Massen abgestossen und die Heilung erfolgte unter starker Schrumpfung des Scheidenrohrs.

Mathes (46) führt die üblen Zufälle bei intrauteriner Injektion von Medikamenten nicht auf zu hohen Injektionsdruck, sondern auf die durch die Injektion bewirkten Uteruskontraktionen bei verlegtem Muttermund zurück und empfiehlt deshalb Liegenlassen der Spritzenkanüle.

Doléris (8) beobachtete nach septischem Abortus, der durch Curettage und Ätzungen mit Kreosotglyzerin behandelt worden war, eine Obliteration der Cervix, die bei der folgenden Geburt zum Tode und zur Retention des toten Kindes führte, so dass der Uterus exstirpiert werden musste.

Zurücklassen von Fremdkörpern.

Bauereisen (4) beobachtete Ileus infolge von Abszessbildung mit Verklebung von Dünndarmschlingen infolge Zurücklassung eines Gazetuches bei einer drei Jahre früher vorgenommenen Adnexoperation.

Knoop (33) entfernte vom freien Rande des Netzes einen Tumor, der von einem vor 15 Jahren bei Laparotomie zurückgelassenen und eingekapselten Tupfer gebildet war.

Knüpffer (35) berichtet über einen Fall von Zurückbleiben eines Tupfers in der Bauchhöhle bei Kaiserschnitt, der durch eine Fistel entleert wurde. In der Diskussion bemerkt Greiffenhagen, dass zurückgebliebene Tupfer sich gewöhnlich spontan durch das Rektum entleeren, dass dagegen Metallgegenstände viel schwerere Folgen haben.

Stöckel (63) beschreibt das Zurückbleiben eines Gazetupfers nach Schauta-Wertheimscher Prolapsoperation und dessen Einwanderung in die Blase mit Inkrustierung und gibt Vorschriften zur Vermeidung des Zurückbleibens von Operationsutensilien.

Newnham (49) entfernte eine Häkelnadel aus der Bauchhöhle, die zu Abtreibungszwecken eingeführt worden war.

Unfallverletzung und Arbeitsschädigung.

Binz (5) beschreibt eine Pfählungsverletzung durch einen Rechenstiel, der, ohne die äusseren Geschlechtsteile zu verletzen, ins linke Scheidengewölbe eindrang und das Bauchfell durchbohrte. Heilung durch Laparotomie.

Jaworski (29) beschreibt einen Fall von Perforation von Scheide und Mastdarm 5—6 cm oberhalb des Introitus bei einem 13jährigen Mädchen durch Fall auf einen Baumast.

Rachfahl (57) beschreibt vier Fälle von Pfählungsverletzungen der weiblichen Genitalien, und zwar einmal Abreissung der rechten grossen Schamlippe mit Hämatombildung, einmal rektoperitoneale Fistel, einmal totale Zerreissung des Dammes und einmal Schnittverletzung eines Totalprolapses.

Sfameni (62) beobachtete Stichverletzung des vorderen Scheidengewölbes und der Blase durch den eigenen Mann, der aus Wut über die Frigidität seiner Frau diese in die Genitalien stach.

Vogel (68) beschreibt einen Fall von Ruptur eines Scheidenvorfalls (Fusstritt seitens eines Rindes beim Melken) mit Dünndarmvorfall, der trotz anscheinend ungünstiger Bedingungen (Verunreinigung) zur Heilung gebracht werden konnte.

Hirsch (26) hebt hervor, dass die Frau mit ihrem Eintritt ins Erwerbsleben erhöhten Gefährdungen ihrer Gesundheit ausgesetzt ist, indem sie die doppelte Bürde von Berufsarbeit und Mutterschaft zu tragen hat. Es wird auf die Schädlichkeit einzelner spezieller Berufsarten auf die Schwangerschaft, so auf die Zunahme der Fehl-, Früh- und Missgeburten, sowie der Geburten toter, lebensschwacher und untauglicher Kinder hingewiesen, besonders bei Beschäftigung in den Metallverarbeitungsbetrieben (Blei, Quecksilber etc.), ferner in der Industrie der Nahrungs- und Genussmittel (Tabakfabriken). Gewisse Betriebe sind besonders für die Entstehung von Unterleibserkrankungen verantwortlich zu machen. Hirsch erklärt hierüber nähere Untersuchungen für notwendig, und indem er die Frauenarbeit vor allem als Ursache des Geburtenrückgangs beschuldigt, fordert er von der zukünftigen Gesetzgebung besondere arbeitshygienische Schutzmassnahmen, die den besonderen Verhältnissen des weiblichen Geschlechtslebens angepasst sind.

Morton (48) verlangt ebenfalls die gesetzliche Regelung der Frauenarbeit in der Industrie durch dem weiblichen Geschlecht angepasste hygienische Vorschriften.

E. Martin (44) beschreibt den anatomischen Befestigungsapparat des Uterus und teilt ihn in einen Haftapparat (Faszienzunge rings um die Cervix, nach Blasenwand, nach den Seiten und nach den Iliosakralgelenken ausstrahlend) und den Stützapparat, der durch Faszien und Muskeln des Beckenbodens gebildet wird. Die Prolapse werden in primäre und sekundäre eingeteilt, und zu den primären werden die Cystocele, der Uterusprolaps und die Hernien in den beide Bauchfelltaschen gerechnet, zu den sekundären der Prolaps der hinteren Scheidenwand, die Elongatio colli und die durch den Defekt des Haftapparates eintretenden, wenn der Stützapparat zuvor schadhaft geworden ist. Bei der Begutachtung wird von Martin kein wesentlicher Wert mehr auf die Unterscheidung gelegt, ob Geburten stattgefunden haben oder nicht, auch nicht darauf, ob der Prolaps mit dem Uterus oder mit der Scheidenwand begonnen hat. Die Möglichkeit des Entstehens eines Prolapses durch Unfall steht fest, und zwar glaubt Martin, dass alle Prolapsformen, die durch ein Nachgeben des Haftapparates entstehen, auch als Folge eines Unfalls eintreten oder verschlimmert werden können. Besonders ist das zeitliche Zusammenfallen von Unfall und Prolaps zu berücksichtigen. Der Zustand der Scheidenwand (Vertrocknung) kann Anhaltspunkte bieten, jedoch kann ein schon bestehender Prolaps geringeren Grades durch Unfall verschlimmert worden sein. Sobald glaubwürdige Angaben über den Unfall und die Entstehung oder Verschlimmerung vorliegen, ist eine Rentensucherin schwer abzuweisen. Allgemeine Sätze für Höhe der Invalidität und Grad der Arbeitsbehinderung lassen sich nicht aufstellen.

Im Anschluss hieran teilt E. Martin (45) einen Fall von Prolaps durch Heben einer schweren Last mit, obwohl die Folgen erst etwa sechs Jahre nach dem Unfall sich zeigten. Die Verlagerung war Folge einer Verletzung des Haftapparates und ohne Verletzung des Stützapparates. Als Folge des Tiefstandes des Uterus trat eine beträchtliche Elongatio colli auf. Die Arbeitsfähigkeit war zweifellos beeinträchtigt.

Halban (20) beschreibt einen Fall von vollständigem Prolaps des Uterus (retrovertiert) und der vorderen Scheidenwand und partiellem Prolaps der hinteren Scheidenwand mit Elongatio colli, der bei der 26jährigen Virgo vor vier Jahren durch das Heben einer schweren Last entstanden ist und 14 Tage nach dem Trauma bemerkt worden war. Er führt als Disposition zum Prolaps im Gegensatz zu E. Martin die schlechte Entwickelung und Schlaffheit der Beckenbodenmuskulatur an. In der Diskussion schliessen sich Schauta, Herzfeld und Latzko dieser Anschauung an und Schauta erklärt auch den sog. angeborenen Prolaps als einen erworbenen, der durch Schwäche des Beckenbodens primär bedingt ist.

---

f) Das Wochenbett in gerichtlich-medizinischer Beziehung.

1. *Ahlfeld, Quellen und Wege der puerperalen Selbstinfektion. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 73. p. 1.
2. *Benninghaus, G., Zur Bedeutung der endogenen Infektion in der Gynäkologie. Inaug.-Diss. Strassburg 1912.
3. Bertolini, Vereiterte Dermoidzyste des linken Ovariums als Komplikation des Puerperiums. Ginec. Bd. 10. Nr. 5. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 1896. (Fieber, das nach der Exstirpation zurückging.)
4. *Brandt, K., Puerperalfieber und Fieber im Puerperium. Norsk. Mag. f. Laegevidensk. 1912. Nr. 10. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 550.
5. Claim for damages against a nursing home. Brit. Med. Journ. Bd. 2. p. 49. (Entschädigungsklage wegen Puerperalinfektion gegen eine Hebamme, die von einem Wöchnerinnenheim zu einer Frau geschickt worden war, obwohl sie unmittelbar vorher eine an Puerperalfieber Erkrankte zu verpflegen gehabt hatte. Die erste Klage gegen die Hebamme wurde abgewiesen und der Kläger mit seinen Ansprüchen an das Heim gewiesen.)
6. Dobrowolski, Zwei Fälle von akuter allgemeiner Peritonitis nach normaler Geburt. Przegl. Lek. 1912. Nr. 7. (Ein Fall von Perforativperitonitis durch typhöses Darmulcus und ein Fall von Peritonitis ohne Aufklärung der Ursache durch die Sektion.)
7. *v. Guggisberg, Puerperale Gangrän der Extremitäten. Verhandl. d. Deutsch. Ges. f. Gyn. XV. Kongr. Leipzig. p. 213.
8. Hübschmann, Über Gonokokkensepsis mit Endokarditis. Zeitschr. f. Hygiene. Bd. 73. p. 1. (Sechs Wochen nach normaler Geburt unter den Erscheinungen von Hirnembolie tödlich verlaufener Fall; Gonokokken wurden aus dem Leichenblut gezüchtet.)
9. *Ilyin, Th., Die Luftembolie in der Geburtshilfe. Arch. f. Gyn. Bd. 101. p. 273.
10. Liability for infection with puerperal fever. Lancet. Bd. 1. p. 1821. (Klage gegen Ärzte, welche einer Pflegerin erlaubt hatten, eine gesunde und eine puerperal infizierte Wöchnerin zugleich zu pflegen.)
11. *Perlmutter, S., Über eine kleine Puerperalfieberepidemie der Strassburger Frauenklinik. Inaug.-Diss. Strassburg 1912.
12. *Schwab, Resultate der häuslichen Geburtshilfe. Ärztl. Verein Nürnberg. Sitzg. vom 8. Nov. 1912.
13. *Uhlenhuth und Mulzer, Über die Infektiosität der Milch syphilitischer Frauen. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 879.
14. Vogt, E., Morbus Addisonii und Schwangerschaft. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 1821. (Tod im Wochenbett mit Fiebererscheinungen. Sektion: Verkäste Tuberkulose der Nebennieren, Morbus Addisonii.)
15. Werner, Über einen Fall von geheiltem Tetanus puerperalis. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 15. März. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. p. 671. (Zangenentbindung in einem unmittelbar mit einem Pferdestalle verbundenen Zimmer; Inkubation 10 Tage; stark verunreinigte und schmierig belegte Scheidendammwunde.)
16. Zurücknahme des Hebammenzeugnisses wegen Nichtbefolgung der Dienstanweisung. Urteil d. preuss. Oberverwaltungsgerichts vom 7. Okt. 1912. Zeitschr. f. Med.-Beamte.

Bd. 26. 2. Beilage. p. 262. (Wegen Nichtmeldung von Wochenbettsfieber an den Kreisarzt und wegen Nähen des Dammes mit Nähnadel und angeblich ausgekochtem Zwirn.)
17. *Zweifel, P., Die Verhütung der durch Spontaninfektion verursachten Wochenbettfieber. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 1443.

Puerperale Infektion.

Ahlfeld (1) weist an 90 teils selbst beobachteten, teils aus der Literatur gesammelten Fällen nach, dass tödliche Puerperalinfektion bei Frauen eintreten kann, die während der letzten vier Tage vor der Geburt innerlich nicht berührt worden waren. Von Todesfall durch Selbstinfektion darf man nur dann sprechen, wenn die Infektion weder durch den untersuchenden Finger, noch durch Instrumente oder Verbandmaterial hervorgerufen worden ist. Die Selbstinfektion erfolgt durch zurückgebliebene Reste, durch Aufwandern von Vulvar- und Scheidenkeimen, durch anderweitige (nicht geburtshilfliche) Berührung von Wunden mit virulenten Gegenständen (Händen, Kleidungs- und Wäschestücke), endlich gibt es in Anstalten Fälle endemischer Art.

Benninghaus (2) fand bei nicht untersuchten Schwangeren die Scheide niemals steril und in 50% hämolytische Streptokokken, aber auch bei diesen trat nach operativem Eingriff nur in 16% Fieber auf. Es ist also mit der Möglichkeit der Infektiosität der Scheidenkeime zu rechnen.

Brandt (4) erwähnt als Ursachen von Fieber im Wochenbett nichtpuerperalen Ursprungs perforierende Magen- und Duodenalgeschwüre, Ruptur von alten Eiterherden (Pyosalpinx), Appendizitis, Miliartuberkulose, Osteomyelitis, Mastitis, Tonsillitis und Otitis media, die sekundäre Infektion der Geschlechtsorgane hervorrufen können. Ferner wird wirkliches Puerperalfieber durch endogene Infektion angenommen.

Perlmutter (11) beschreibt eine kleine Puerperalfieberepidemie von fünf Erkrankungen unter 24 Entbundenen und führt diese auf eine Pharyngitis einer Hebamme zurück, bei der sich hämolytische Streptokokken im Rachen nachweisen liessen.

Zweifel (17) betont nochmals, dass schweres, ja tödliches Puerperalfieber bei unberührten Kreissenden und durch die von früher in die Scheide eingedrungenen Keime entstehen könne und erklärt es für notwendig, dass seitens der Amtsärzte jeder Einzelfall von Puerperalfieber eingehend auf die verschiedenen Infektionsmöglichkeiten geprüft werden muss, ehe eine Hebamme vom Dienste suspendiert wird.

Aus der Diskussion ist hervorzuheben, dass Bokelmann den Genitalkanal der gesunden Kreissenden für aseptisch und die Infektion in der Privatpraxis als von aussen stammend erklärt.

Schwab (12) ist der Anschauung, dass bei Puerperalfieber die Infektion immer von aussen kommt, und lehnt die sog. endogene Infektion mangels bündiger Beweise und im Interesse der Mütter ab. In der Diskussion erklärt Simon die Richtigkeit des Grundsatzes in der Praxis, dass die Infektion von aussen kommt, weil die Selbstinfektion eine verschwindend geringe Rolle spielt.

v. Guggisberg (7) beobachtete zwei Fälle von puerperaler Gangrän, in einem Falle fast einer ganzen oberen Extremität, im anderen zirkumskripte Gangränstellen an den Füssen mit Verlust zweier Zehen. Im ersten Falle wird arterielle Embolie, im zweiten Ergotismus als Ursache angenommen.

Ilyin (9) teilt drei Fälle von tödlicher Luftembolie mit, davon zwei im Wochenbett. Eine Wöchnerin fiel, als sie am achten Tag nach bisher normalem Verlaufe aus der Klinik entlassen wurde, tot zu Boden; die Quelle der Luftembolie blieb unaufgeklärt. Im zweiten Falle trat nach sieben Stunden der Tod ein, nachdem wegen schwerer atonischer Blutung heisse Irrigationen, der Momburgsche Schlauch, zweimalige Uterustamponade und Trendelenburgsche Lagerung angewendet worden war. In beiden Fällen enthielten das rechte Herz und die Pulmonalarterie Luft, zugleich enthielt im ersten Falle die Pulmonalarterie einen Thrombus. Im dritten Falle entstand die Luftembolie nach Entfernung eines submukösen Myoms von der Scheide aus.

Uhlenhuth und Mulzer (13) wiesen in zwei Fällen von Syphilis bei Frauen (einem latenten und einem manifesten) die Infektiosität der Milch nach, indem sie durch Injektion bei Kaninchen spirochätenhaltige Hodensyphilome erzeugten. Die Inkubationszeit dauert in einem Falle 109, im zweiten 57 Tage.

g) Das neugeborene Kind.

1. *Abels, H., Zur Genese und Symptomatologie intrakranieller Blutungen beim Neugeborenen. Arch. f. Gyn. Bd. 98. p. 1.
2. — Zur Therapie der intrakraniellen Blutungen beim Neugeborenen. Geb.-gyn. Ges. Wien. Sitzg. vom 10. Dez. 1912. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 906. (Empfehlung der Gelatineinjektion zum Zweck des Aufhörens der Blutung und dadurch auch der Druckzunahme.)
3. *Aberle, R. v., Beiträge zur Ätiologie und Pathologie des kongenitalen Schiefhalses. 85. Vers. Deutsch. Naturf. u. Ärzte. Wien. Chir. Sekt. Zentralbl. f. Chir. Bd. 40. p. 1966.
4. *Abrikosoff, A. J., Zur Kasuistik der Parenchymembolien; Kleinhirnembolie der Arteria coronaria cordis bei Neugeborenen. Zentralbl. f. allg. Path. u. path. Anat. Nr. 6.
5. *Adair, F. L., Care of the umbilical stump. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 61. p. 537.
6. — Umbilical cord clamp. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 16. Nr. 1.
7. *Addison, W. H. F., und H. W. How, Prenatal and neonatal lung. Amer. Journ. of Anat. Bd. 15. Nr. 2.
8. *Ahlström, E., Fall von ungewöhnlicher Läsion des Kindskopfes bei Zangengeburt. Geb.-gyn. Sekt. Schweizer Ärzte. Sitzg. vom 27. Okt. 1911. Ref. Gyn. Rundschau. Bd. 7. p. 263.
9. Alexander, B., Syphilis der fötalen Wirbelsäule. II. Abteil. Fortschr. d. Röntgenstr. Bd. 19. Heft 6.
10. Amesse, J. W., Hemorrhage of newborn. Colorado Med. Bd. 10. Nr. 4.
11. Andérodias und Brandeis, Mort du foetus par torsion exagérée du cordon. Soc. d'Obst. de gyn. et de péd. de Bordeaux. Sitzg. vom 14. Jan. Journ. de méd. de Bordeaux. Bd. 84. p. 215. (Zahlreiche Windungen am fötalen Ende mit starker Verdünnung der Schnur und Verengerung der Arterien, was als Todesursache ante partum angesehen wird.)
12. Asch, Intrauterine Ernährung. Gyn. Ges. Breslau. Sitzg. vom 11. Febr. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 691. (Exkoriierte Ulzera an beiden Unterarmen, die als Saugeffekte durch das Kind gedeutet werden.)
13. d'Astros, L., und Teissonier, Die Wassermannsche Reaktion bei Neugeborenen und Säuglingen. I. Kongr. d. internat. Vereinig. f. Pädiatrie. Paris. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 323. (Die Reaktion ist auch in diesem Alter verwendbar, aber nur bei deutlichem Ausschlag.)
14. *Bahrdt, Geburtstrauma. Verein f. inn. Med. u. Kinderheilk. Berlin. Sitzg. vom 21. Okt. 1912. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 42.
15. *Balard, P., L'oscillomètre de Pachon critère de la persistance de la circulation chez le nouveau-né en état de mort apparente. Soc. d'obst., de gyn. et de péd. de Bordeaux. Sitzg. vom 28. Jan. Journ. de méd. de Bordeaux. Bd. 84. p. 269.
16. *Bauer, A., Der Schiefhals. Ergebn. d. Chir. u. Orthop. Bd. 5.
17. *Beatus, A., Ein Beitrag zur Frage der Beziehungen zwischen asphyktischer und schwerer Geburt und nachhaltigen psychischen und nervösen Störungen. Inaug.-Diss. Breslau.
18. Beck, Epidermolysis bullosa congenita. Virchows Arch. Bd. 213. Heft 2/3. (Ödem der Haut infolge grösserer Durchlässigkeit der Gefässe, Degeneration der elastischen Elemente und Zunahme der Zellen.)
19. Béla, A., Syphilis der fötalen Wirbelsäule. Fortschr. d. Röntgenstr. Bd. 19. Heft 6.
20. *Benestad, G., Die Gewichtsverhältnisse reifer norwegischer Neugeborener in den ersten 12 Tagen nach der Geburt. Arch. f. Gyn. Bd. 101. p. 292.
21. Berneick, Spontane vollständige Zerreissung der Nabelschnur bei einer an sich normalen Geburt. Zeitschr. f. Med.-Beamte. Bd. 26. p. 728. (Nabelschnur völlig spontan direkt aus der Plazenta ausgerissen.
22. *Bondi, J., Gewicht der Neugeborenen und die Ernährung der Mutter. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 26. Nr. 25.
23. Bonnaire, E., und G. Durante, Le poumon ombilicale. Presse méd. 5. Juli.
24. — und G. Ecalle, De la disjonction diaphyso-épiphysaire traumatique de l'extremité supérieure de l'humérus chez le nouveau-né. Arch. mens. d'obst. et de gyn. Paris. Bd. 2. Nr. 8.

25. Bonnet-Laborderie, A., Parazentese bei Asphyxie eines Neugeborenen mit syphilitischem Aszites. Revue prat. d'obst., de gyn. Bd. 21. Nr. 9.
26. *Brütt, Nabelverband. Geb. Ges. Hamburg. Sitzg. vom 27. Mai. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 1077.
27. *Chambrelent und Balard, Vaste hématome du cuir chevely chez un nouveau-né, ayant entrainé la mort. Soc. obst. de Bordeaux. Sitzg. vom 24. Okt. Annales de gyn. et d'obst. 2. Serie. Bd. 10. p. 164.
28. *Cheney, F. E., The control of ophthalmia neonatorum in Massachussetts with suggestions for the improvement of existing conditions. Boston Med. and Surg. Journ. Bd. 168. p. 117.
29. *Clippingdale, S. C., Haemorrhage in a newly born infant. Brit. Med. Journ. Bd. 2. p. 1058.
30. Compulsory notification of Ophthalmia neonatorum. Lancet. Bd. 1. p. 1422. (Einführung der Anzeigepflicht in Aberdeen.)
31. Cotterill, D., Congenital dislocation of the left shoulder. Edinburgh Med.-Chir. Soc. Sitzg. vom 18. Dez. 1912. Lancet. Bd. 1. p. 34. (Typische kongenitale Luxation, anfänglich für Geburtsverletzung gehalten.)
32. *Credé-Hörder, C., Die Augeneiterung der Neugeborenen. Berlin, S. Karger.
33. *— — Histologische Untersuchung der Ätzwirkung der Prophylaktika. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. p. 310.
34. *— — Über nichtgonorrhoische Ophthalmoblennorrhoen der Neugeborenen und Säuglinge. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 74.
35. Davis, E. P., Thymus death in the newborn. Amer. Journ. of Obst. Bd. 67. p. 888 u. 1022. (Tod 24 Stunden post partum unter Krämpfen; Thymus in beiden Lappen hypertrophisch, sonst keine Todesursache auffindbar.)
36. *Dedeck, B., Zur Frage der Entwickelung der Atmungsbewegungen der menschlichen Frucht. Lék. Rozhledy. Bd. 22. Nr. 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 1771.
37. Deanesly, E., Two cases of paralysis of the arm from injury of the brachial plexus at birth. Brit. Med. Assoc. Staffordshire Branch. Sitzg. vom 24. April. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 1055. (Zwei Fälle von Duchennescher Lähmung; Geburtsgeschichte nicht mitgeteilt.)
38. Dennet, R. H., The treatment of hemorrhagic conditions by the injection of human serum. New York Ac. of Med. Sect. on Pediatr. Sitzg. vom 13. Febr. Amer. Journ. of Obst. Bd. 67. p. 826. (Meningeale Blutung am 3.—6. Lebenstage, mit Seruminjektion geheilt.)
39. *Dervieux, F., Viabilité des prématurés. Revue prat. d'obst. et de gyn. Bd. 21. Nr. 8.
40. *Dietrich, Intrauterin entstandene Leberruptur. Gyn. Ges. Breslau. Sitzg. vom 4. März. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 1002.
41. *Doazan, J., Etiologie, symptômes et traitement chirurgical des hémorragies méningées du nouveau-né. Arch. gén. de chir. Bd. 7. Heft 1.
42. Edgar, J. Cl., The infant pulmotor; an apparatus for artificial respiration on asphyxiated newly-born infants. Amer. Journ. of Obst. Bd. 67. p. 255, 363 u. 777. (Roth-Draegerscher Sauerstoffapparat, nur für Anstalten geeignet.)
43. *Engau, Zur forensischen Bedeutung der Nabelschnurumschlingung. Vierteljahrsschrift f. gerichtl. Med. u. öff. San.-Wesen. 3. Folge. Bd. 45. p. 108.
44. Engelmann, Sauerstoffdruckapparat zur Behandlung des Scheintodes des Neugeborenen. Niederrhein.-westf. Ges. f. Geb. u. Gyn. Sitzg. vom 22. Jan. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. p. 400 u. Med. Klinik. Bd. 9. p 76 u. 325. (Siehe Jahresbericht Bd. 25, p. 890.)
45. Epstein, A., Über Variola bei Neugeborenen. Arch. f. Kinderheilk. Bd. 60/61. Festschrift f. Baginsky. (Infektion vielleicht plazentar, Exitus bei Mutter und Kind.)
46. Fabbi, Vasomotorische Neurose bei einem Neugeborenen. Geb.-gyn. Ges. d. Emilia u. d. Marken. Sitzg. vom 18. Mai. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. p. 605. (Hauptsächlich auf einer Gesichtshälfte nach normaler Geburt.)
47. *Fairbank, H. A. T., Birth palsy; subluxation of the shoulder-joints in infants and young children. Lancet. Bd. 1. p. 1217.
48. Finkelstein, Zur Thymushypertrophie. Hufelandsche Ges. Sitzg. vom 13. März. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 795. (Stridor und Dysphagie seit der Geburt. Todesfälle durch Thymuskompression wurden von Finkelstein und F. Strassmann

für möglich erklärt, jedoch von Strassmann auch durch Status thymicolymphaticus zugegeben.)
49. Fischer, B., Thymustod. Ärztl. Verein Frankfurt a. M. Sitzg. vom 16. Dez. 1912. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 103. (Demonstration der vergrösserten Thymus.)
50. Fischer, B., Verblutung infolge Perforation kongenitaler Ösophagusvarizen. Ärztl. Verein Frankfurt a. M. Sitzg. vom 3. März. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 556.
51. Flachs, Vaginalblutung bei einem neugeborenen Kind. Vereinigung sächs.-thüring. Kinderärzte. Dresden. Sitzg. vom 18. Mai. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 1622. (Blutabgänge in den ersten drei Lebenstagen von 2—3 g täglich, auf Uteruskongestion von im Blut der Mutter und des Fötus in der Schwangerschaft kreisenden Stoffen zurückgeführt, von Brückner (Kongestion) auf frühzeitige Abnabelung.)
52. Fränkel, E., Angeborene Syphilis platter Knochen und röntgenologische Erkennung. Fortschr. d. Röntgenstr. Bd. 19. Heft 6.
53. Frank, Hämangiom des Armes als Geburtshindernis. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 1149. (Grosses Hämangiom des Armes als Hindernis für den Durchtritt des Rumpfes, das zum Abreissen des Kopfes des schon toten Kindes bei der Zangenextraktion geführt hatte.)
54. — Bleivergiftung durch ein Gummituch. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 1150. (Bleivergiftungserscheinungen inkl. Stomatitis bei einem Säugling durch ein bleihaltiges Gummituch als Unterlage.)
55. *Frazier, Ch. H., Surgical treatment of birth-trauma. Med. Soc. of Virginia. Vers. vom 21. Okt. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 61. p. 2096.
56. Frieboes, Primäraffekt auf der behaarten Kopfhaut eines acht Wochen alten Kindes. Niederrhein. Ges. f. Natur- u. Heilk. Bonn. Sitzg. vom 9. Juni. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 1916. (Ansteckung wahrscheinlich in oder bald nach der Geburt; Mutter sekundär luetisch.)
57. *Fry, H. D., Demonstration des Kinderpulmotor nebst Bemerkungen über seine Verwendung bei Asphyxia neonatorum. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 17. Nr. 3. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 294 u. Amer. Journ. of Obst. Bd. 68. p. 85.
58. *Fuchs, H., Narkose und Anästhesie bei Geburten. Med. Klinik. Bd. 9. p. 1196.
59. *Fuhrmann, Über plötzlichen Tod Neugeborener. Verein St. Petersb. Ärzte. Sitzg. vom 2. April. St. Petersb. med. Zeitschr. Bd. 38. p. 198.
60. *Gaifami, Hämoperitoneum beim Neugeborenen. Ginec. Bd. 9. Nr. 16 u. 17. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 945 u. 1026.
61. *Gfroerer, Zum Einfluss der Schädelimpression auf den Neugeborenen und seine körperliche und geistige Entwickelung. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 75. p. 101.
62. Götzky, Diagnose der Lues congenita mit besonderer Berücksichtigung des Röntgenbildes. Südwestdeutsche u. rhein.-westfäl. Vereinig. f. Kinderheilk. Wiesbaden. 13. April. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 871.
63. Goldfeld, Z., Die Abhängigkeit der körperlichen Entwickelung Neugeborener vom Berufe der Eltern. Inaug.-Diss. Würzburg 1912. (Siehe Jahresbericht Bd. 26, p. 860.)
64. Goldstine, M. T., Hemorrhage in newborn. Illinois Med. Journ. Chicago. Bd. 24. Nr. 3.
65. *Greene, H. C., Ophthalmia neonatorum; administrative standard. Boston Med. and Surg. Journ. Bd. 168. p. 275.
66. — Preventable blindness. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 61. p. 1156. (Wünscht Instruktionen für Geburtshelfer und Ausgabe von Merkblättern an alle Eltern gelegentlich der Geburtsanzeige.)
67. Greig, D. M., Hereditary congenital torticollis. Brit. Journ. of Childr. Dis. London. Bd. 10. p. 337. (Bei Grossmutter, Mutter und zwei Kindern.)
68. *Groené, Epidurales Hämatom im Rückenmark Neugeborener. 10. Kongr. d. Nord. chir. Vereins Kopenhagen. Gyn. Sekt. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 1476 u. 1849.
69. Gummert, Strangulation des Fötus (dritter Monat) durch die Nabelschnur. Niederrhein.-westf. Ges. f. Gyn. u. Geb. Sitzg. vom 2. April 1911. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Ergänzungsheft. p. 344. (In der Diskussion erwähnt v. Streit einen Fall von mehrfacher Nabelschnurumschlingung mit intrauteriner Lebensgefahr.)
70. *Gutfeld, F. v., Über den Einfluss körperlicher und sozialer Verhältnisse der Mutter auf die Körpermasse der Neugeborenen. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 73. p. 277.
71. Hänisch, Geburtslähmung. IX. Kongr. d. Deutsch. Röntgenges. Berlin. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 819. (Differentialdiagnose mittelst Röntgenstrahlen.)

72. *Hansen, H. J., Untersuchungen über das Gewicht der neugeborenen Kinder. Kopenhagen. Ref. Lancet. Bd. 2. p. 159.
73. Harbitz, F., Über angeborene Tuberkulose. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 741. (Tod an Lungentuberkulose 25 Tage post partum.)
74. *Harman, N. B., The incidence of ophthalmia neonatorum in London. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 1099.
75. *Haykens, Intrauterine Verwundung der Frucht. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1912. II. Nr. 14. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 708.
76. Heckel, E. B., Ophthalmia neonatorum and its relation to blindness. Pennsylv. Med. Journ. Bd. 16. Nr. 4.
77. Heller, F., Fieberhafte Temperaturen bei neugeborenen Kindern. Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 4. Heft 1. (Nicht auf Infektion, sondern auf abnormen Stoffwechselstörungen beruhende Fieberfälle.
78. Heller, Schicksal zweier Frühgeburten von 800 g. Verein f. inn. Med. u. Kinderheilk. Berlin. Sitzg. vom 21. Okt. 1912. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 42. (Zwei Kinder von 860 und 840 g Gewicht wurden am Leben erhalten.)
79. *Henschen, K., Die diagnostische und therapeutische Fontanellaspiration des subduralen Geburtshämatoms der Neugeborenen. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 925.
80. Heuyer, G., Kongenitale permanente Zyanose. Presse méd. Bd. 21. Nr. 53.
81. Hjert, Erstickungstod eines Säuglings durch Aspiration von Milch. Norsk Mag. f. Laegevidensk. Nr. 2. (Neun Tage altes, an der Brust ernährtes Kind. Sektion.)
82. Hirsch, A., Die physiologische Ikterusbereitschaft der Neugeborenen. 85. Vers. deutsch. Naturf. u. Ärzte. Abteil. f. Kinderheilk. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 2372 u. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 26. p. 1293. (Ikterus nicht auf Infektion, sondern auf erhöhtem Bilirubingehalt des Nabelschnurblutserums beruhend.)
83. Höger, W., Ein verbesserter Aspirator. Gyn. Rundschau. Bd. 7. p. 556. (Verbesserung des Knappschen Aspirators zum Ansaugen von Schleim aus der Trachea Neugeborener.)
84. *Högström, A., Spontane Geburt eines Riesenkindes. Svenska Läk. Tidn. 1912. p. 1085. Ref. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. p. 441.
85. Hofacker, Scheintod. Ärztl. Sachverständ.-Zeitg. Bd. 19. p. 311. (Fehlen aller Lebenszeichen 15 Minuten lang bei einem 16 Tage alten Drillingskinde, dann Vita minima, erst nach etwa 30 Stunden Tod und Auftreten von Totenflecken.)
86. *Hofmann, L., Ätiologie des Pemphigus neonatorum. Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 118. Heft 1.
87. *Hofmeier, M., Über Schädelimpressionen bei Neugeborenen und ihre Behandlung. 85. Vers. deutsch. Naturf. u. Ärzte. Wien. Abteil. f. Geb. u. Gyn. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 1510.
88. Holt, L. E., Tuberculosis acquired through ritual circumcision. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 61. p. 99. (Ein Fall mit tödlichem Ausgang; Zusammenstellung von weiteren 40 Fällen aus der Literatur, im ganzen mit 16 Todesfällen.)
89. Holzapfel, K, Tod des Kindes durch einen wahren Nabelschnurknoten. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 74. p. 186. Verhandl. d. Deutsch. Ges. f. Gyn. 15. Kongr. Leipzig. p. 228. (Fest zugezogener Knoten in der 118 cm langen Nabelschnur, deren proximaler Abschnitt stark ödematös und blutig imbibiert war, während der distale Teil blass und erheblich dünner war.)
90. *Hübner, A., Zur Ätiologie des Riesenwuchses mit Berücksichtigung seiner forensischen Bedeutung. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Ergänzungsheft. p. 186.
91. Jennings, W. B., Hemorrhagic disease of the newborn infant treated by horse serum. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 60. p. 1154. (Fall von Melaena.)
92. Imhofer, Nabelsepsis. Wissensch. Ges. deutsch. Ärzte in Böhmen. Sitzg. vom 25. April. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 26. p. 1188. (Mit Larynxabszessen.)
93. Juda, A., Über Uterusblutungen Neugeborener. Med. Klinik. Bd. 9. p. 584. (Zwei Fälle, Auffassung im Sinne von Halban.)
94. Jukovsky, V. P., Uterusblutungen bei Neugeborenen. Pediatria. St. Petersburg. Bd. 4. Nr. 6.
95. Kaiser, Vagitus uterinus. Gyn. Ges. Dresden. Sitzg. vom 16. Jan. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 772. (Dreimaliges Schreien; Vogt beobachtete dreimaliges Schreien bei Wendung und nachherige Geburt eines nicht asphyktischen Kindes.)
96. *Kaumheimer, L., Über den Zusammenhang von Gesichtslage und spontaner infantiler Geburtslähmung. Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 11. Nr. 10.

97. Kehrer, E., Über Tetanie Neugeborener. Jahrb. f. Kinderheil. Bd. 77. Heft 6. (Wird auf eine Insuffizienz der Epithelkörperchen zurückgeführt.)
98. Kelley, L. B., Hemorrhagic diseases of newborn. Journ. of Jowa State Med. Soc. Bd. 2. Nr. 7.
99. Kenessey, A. v., Vulvovaginitis gonorrhoica infantum. Erdélyer Museumsverein. Sitzg. vom 10. Mai. Pester med.-chir. Presse. Bd. 49. p. 240 u. 361. (Zwei Fälle bei Säuglingen mit Verbreitung der Gonokokken im ganzen Genitaltrakt; Exitus an Bronchopneumonie.)
100. *Kerness, S., Die Sterblichkeit der Kinder in den ersten acht Tagen nach der Geburt und ihre Ursache. Inaug.-Diss. München 1912.
101. *Kjölseth, M., Untersuchungen über die Reifezeichen des neugeborenen Kindes. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Ergänzungsheft. p. 216.
102. Klein, S., Statistisches und anderes aus der Blindenwelt. Wiener klin. Rundschau. Bd. 27. p. 97. (Die Ophthalmoblennorrhoe nimmt im israelitischen Blindeninstitut Wien nach der Häufigkeit der Erblindungsursachen erst die siebente Stelle ein.)
103. Koeppe, Tetanus neonatorum. Med. Ges. Giessen. Sitzg. vom 25. Febr. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 1021. (Am neunten Lebenstage aufgetreten.)
104. *Kosmak, G. W., Immediate treatment of depressed fractures of the skull in the newborn. Amer. Journ. of Obst. Bd. 67. p. 264 u. 360.
105. *Kowalski, Entwickelungsdifferenzen bei Zwillingen. Gyn. Ges. Breslau. Sitzg. vom 17. Dez. 1912. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. p. 389.
106. Kraupa, E., Angeborene Ptosis. Wissensch. Ges. deutsch. Ärzte in Böhmen. Sitzg. vom 31. Dez. Prager med. Wochenschr. Bd. 38. p. 135.
107. *Kraus, Verletzungen des kindlichen Auges bei der Geburt. Nürnberger med. Ges. u. Poliklinik. Sitzg. vom 8. Mai. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 1972.
108. Krüger-Franke, M., Über eine seltene Erkrankung eines Neugeborenen (akute Tetanie). Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 58. (Septische Infektion mit Streptokokken vom Darm aus mit tetanusähnlichen Erscheinungen und raschem Exitus, wahrscheinlich infolge von Verschlucken stinkenden Fruchtwassers des anderen — mazerierten — Zwillings.)
109. *Kürbitz, W., Der Geisteszustand der Kindsmörderinnen. Gross' Arch. Bd. 52. p. 39.
110. Küster, Zerreissung einer Nabelstrangarterie unter der Geburt. Gyn. Ges. Breslau. Sitzg. vom 21. Jan. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. p. 521. (Ablösung und strangförmige Aufrollung des Amnions von der Plazenta bis zur Nabelschnurinsertion, Längsspaltung der Nabelschnur und Blosslegung einer schlitzförmig verletzten Arterie; Kind blass und asphyktisch, aber am Leben erhalten. Ablösung des Amnions als Ursache angesehen. Ein zweiter Fall von gänseeigrossem Hämatom zwischen Amnion und Chorion, vom Plazentarrand entfernt, Blut unter dem Amnion auf der Fötalfläche der Plazenta; venöse Stauung wahrscheinlich durch einen fest zugezogenen wahren Knoten.)
111. Kuntzsch, Nabelschnurumschlingung. Ges. f. Geb. u. Gyn. Berlin. Sitzg. vom 24. Jan. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 73. p. 948. (Tiefe Strangrinne um den Oberschenkel; Tod der dreimonatigen Frucht.)
112. *Kupferberg, H., Geburtshilfliche und gynäkologische Tagesfragen. Ärztl. Kreisverein Mainz. Sitzg. vom 7. Jan. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 1575.
113. Laborderie, A. B., Pathogénie de la mort immédiate des nouveau-nés syphilitiques. Rev. mens. de gyn., d'obst. et de péd. Bd. 8. Nr. 1. (Durch Druck von Aszites erklärt.)
113a. *Lande, P., Du dépeçage de l'enfant nouveau-né. Journ. de méd. de Bordeaux. Bd. 84. p. 326.
114. *Lattes, L., Fahrlässige Tötung eines Kindes oder Kindsmord durch Schädelfraktur? Arch. di Antropol. criminale etc. Bd. 34. Heft 1.
115. Lee, D. D., Vagitus uterinus. Lancet. Bd. 2. p. 1507. (Bei Steisslage während der Extraktion; Kind lebend geboren.)
116. *Lefour und Balard, Sur un cas d'oblitération précoce du canal artériel. Soc. d'obst., de gyn. et de péd. de Bordeaux. Sitzg. vom 14. Jan. Journ. de méd. de Bordeaux. Bd. 84. p. 216.
117. Leidenius, L., Gonorrhoische Arthritis bei einem Kinde ohne primäre Läsion. Finska Laekaresaelslk. Handl. August. Ref. Lancet. Bd. 2. p. 1270. (Eitrige Arthritis des

Knie- und Ellenbogengelenks vom 10. Lebenstage an mit Gonokokken im Eiter; keine Ophthalmoblennorrhoe; Gonokokken im Genitalsekret der Mutter.)

118. *Le Lorier, Ungewöhnliche Grösse der Frucht. Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. p. 8. Nr. 2. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 783.

119. *Lévy, E., A. Magnan, und Ch. Sellet Untersuchungen über das Wachstum des Fötus. Revue prat. d'obst. et de péd. Nr. 290.

120. *Lewin, L., Ein Verfahren für die künstliche Atmung bei Scheintoten und Asphyktischen. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 59. Nr. 47.

121. *Lindner, K., Zur Biologie des Einschlussblennorrhoe-(Trachom-)Virus. Graefes Arch. Bd. 84. Heft 1.

122. *Loevegren, E., Melaena neonatorum. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 78. Heft 3.

123. *Lucksch, F., Ein Beitrag zur Ätiologie des Morbus Buhlii. Prager med. Wochenschrift. Bd. 38. p. 167 u. 356.

124. Lundsgaard, Ch., Über Nebennierenblutungen bei Neugeborenen. Virchows Arch. Bd. 210. Heft 1/2. (Die Blutungen können sowohl an normalen, als an vorher hyperplastischen Organen eintreten.)

125. *Lutz, R., Die Reifezeichen der Frühgeburt im neunten Monat. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 127.

126. Mc Gibbon, Hereditary icterus. Edinburgh Obst. Soc. Sitzg. vom 9. Juli. Brit. Med. Journ. Bd. 2. p. 124 u. R. Soc. of Med. Sect. of Obst. and Gyn. Sitzg. vom 3. Juli. Lancet. Bd. 2. p. 222. (Erstes Kind gesund, die nächsten fünf mit kongenitalem Ikterus geboren, vier starben in den ersten Tagen.)

127. Magnus, Entbindungslähmung im Plexus cervicalis. Ges. f. Natur- u. Heilk. Sitzg. vom 26. April. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 941. (Nach Zangenentbindung mit „Armlösung".)

128. Maliwa, E., Der kongenitale familiäre Ikterus. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 154. Med. Klinik. Bd. 9. p. 297. (Wird als primäre Bluterkrankung mit Anämie und typischen Veränderungen an den Erythrozyten erklärt; ein Fall mit mehrfacher familiärer Vererbung.)

129. *Mann, F., Ophthalmia neonatorum. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 1080.

130. Manning, J. B., Hemorrhagic disease of newborn. Northwest Med. Bd. 5. Nr. 8.

131. *Marx, Zur Lehre von den Erstickungsblutungen. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 24.

132. Meisel, J., Kongenitale Struma mit Thymusvergrösserung. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. Wien. Sitzg. vom 20. Nov. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 26. p. 2095. (Atembeschwerden durch die Thymus.)

133. Meixner, Tötungsversuche an Kindern durch Einbohren von Nadeln in den Schädel. 85. Vers. deutsch. Naturf. u. Ärzte. Abteil. f. Psychiatrie u. gerichtl. Med. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 2301. (Zwei Fälle; in Frankreich soll diese Tötungsart gewerbsmässig von Hebammen betrieben werden.)

134. Mencière, L., Ostéotomie pour la correction de l'attitude vicieuse du membre dans la paralysie obstétricale du membre supérieur. Arch. prov. de chir. Nr. 4.

135. Mensi, E., Über die Hautveränderungen bei Sklerema der Neugeborenen. Giorn. intern. d. mal. ven. e d. pelle. Bd. 52. p. 207. Ref. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 744. (Erwähnt bezüglich der Pathogenese das infektiöse Element als wichtig, vielleicht auch das durch Hypoplasie oder mangelnde Funktion der Schilddrüse dargestellte angeborene Element.)

136. Merckens, A., Ein Fall schwerster Melaena neonatorum, geheilt durch Injektion von defibriniertem Menschenblut. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 971. (Ätiologie dunkel.)

137. *Meyer, L., und E. Hauch, Über Zerreissungen der Dura mater bei Neugeborenen während der Entbindung. Hospitalstid. 1912. Nr. 39. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 550.

138. v. Mielecki, Magengeschwüre bei Neugeborenen, Hufelandsche Ges. Berlin. Sitzg. vom 13. Febr. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 565. (Zahlreiche punkt- bis linsengrosse Geschwüre infolge schwerer katarrhalischer Entzündung; vier Tage altes Kind; Sektion.)

139. *Miura, M., Über den Luftgehalt des Magens und des Darmkanals vom Neugeborenen. Notizen der physiologischen und pathologischen Forschung. Tokyo, Nankodo Yuschima.

140. Moore, S. G., Hemorrhage of new-born infant. West Virginia Med. Journ. Bd. 7. Nr. 7.
141. *Müller, Thymustod und Status thymo-lymphaticus. Zeitschr. f. Laryng. u. Rhinol. Bd. 5. Heft 6.
142. *Nacke, Frühgeburt oder ausgetragenes Kind. Ges. f. Geb. u. Gyn. Sitzg. vom 13. Dez. 1912. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 73. p. 309.
143. *Nádory, B., Einfache chirurgische Versorgung des Nabelschnurrestes. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 765.
144. *Nebesky, O., Beitrag zur Kenntnis des Caput succedaneum. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. p. 655.
145. *— Beitrag zur Nabelschnurzerreissung intra partum. Arch. f. Gyn. Bd. 100. p. 601.
146. *Nippe, Ergebnisse mikroskopischer Untersuchungen von Lungen Neugeborener für die Feststellung des Gelebthabens. Ärztl. Sachverständ.-Zeitg. Bd. 19. p. 185.
147. *Nürnberger, L., Volvulus als Ursache von Melaena neonatorum. Volkmanns Samml. klin. Vortr. N. F. N.r 679.
148. Obst, H., Die poliklinischen Geburten in Beckenendlage. Wiener klin. Rundschau. Bd. 27. p. 321 ff. (Führt 24 Fälle von Verletzungen des Kindes an: viermal Schlüsselbeinbruch — einmal doppelseitig —, zehnmal Fractura humeri, einmal Fractura femoris, vier Druckmarken am Schädel, einmal Armlähmung, dreimal Hautverletzungen durch den Steisshaken, einmal Abreissen des nachfolgenden Kopfes bei mazeriertem Kinde.)
149. Paysen, Thymektomie bei Thymushyperplasie. Med. Ges. Kiel. Sitzg. vom 8. Mai. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 1087. (Kompression der Trachea, Erstickungsanfälle, durch partielle Thymektomie beseitigt.)
150. Pazzi, Physiologische und pathologische Schwangerschaft in bezug auf Kindesmord, Fruchtabtreibung und daraus sich ergebender Schlüsse. Geb.-gyn. Ges. d. Emilia u. d. Marken. Sitzg. vom 18. Mai. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. p. 604. (Nimmt für Schwangere in bezug auf ihren psychischen Zustand eine Beschränkung der Verantwortlichkeit an.)
151. *Perez-Montant, Über Thymustod bei kleinen Kindern. Frankfurter Zeitschr. f. Path. Bd. 13. Heft 2.
152. Perrando, G. G., Del meconio rispetto agli indizii che ne sono desumibili nelle necroscopie. Riforma med. Bd. 29. Nr. 14.
153. *Philippi, F., Blennorrhoea neonatorum. Inaug.-Diss. Strassburg.
154. Phillips, W. D., und M. T. Lanaux, Frequency and causes of stillbirth. New Orleans Med. and Surg. Journ. Bd. 66. Nr. 4.
155. Pinniger, J. H., Hemorrhagic diseases of newborn, with report of case due to duodenal ulcer. Bristol Med.-Chir. Journ. Bd. 31. Nr. 121.
156. v. Pirquet, Lokales Sklerem. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. Wien. Sitzg. vom 20. Febr. Wiener med. Wochenschr. Bd. 63. p. 886. (Am Mons veneris und Oberschenkel bei einem frühgeborenen Mädchen.)
157. Plauchu und Faujas, Nabelschnurschlinge als Ursache des Todes des Fötus in der Schwangerschaft. Lyon méd. 1912. Nr. 51. (Feste Umschlingung mit starker Verdünnung.)
158. Pollak, E., Angeborene einseitige Halssympathikuslähmung. Wiener klin. Wochenschrift. Bd. 26. p. 1210. (Ptosis, Myosis, Exophthalmus, halbseitige Gesichtsatrophie, als Folge von Kompression durch kongenital-syphilitische Drüsen erklärt.)
159. Post, M. H., Prevention of blindness. Missouri State Med. Assoc. Journ. St. Louis. Bd. 9. Nr. 7.
160. *Puppe, Über Tentoriumzerreissungen. Med.-Beamtenvers. im Regierungsbez. Königsberg vom 15. März. Zeitschr. f. Med.-Beamte. Bd. 26. 1. Beil. p. 197.
161. *— Demonstration eines forensischen Falles von Tentoriumzerreissung. Ver. f. wiss. Heilk. Königsberg. Sitzg. vom 11. Nov. 1912. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 90.
162. Rabinowitsch, M., Leprabazillen im kreisenden Blute der Leprakranken und im Herzblute eines Leprafötus. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 252. (Nachweis des intrauterinen Übergangs der Leprabazillen von der Mutter auf das Kind.)
163. Rach, E., Angeborener respiratorischer Stridor congenitus. Verein f. inn. Med. u. Kinderheilk. Wien. Sitzg. vom 23. Jan. Wiener med. Wochenschr. Bd. 63. p. 595.
164. *Raebiger, A., Beitrag zur Geburtshilfe der westafrikanischen Neger. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 468.

165. *Raspini, M., Über die Behandlung des Nabelstranges. Ginec. 1912. Nr. 7. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 1427.
166. Reifferscheid, Über intrauterine Atmung. Niederrhein.-westf. Ges. f. Geb. u. Gyn. Sitzg. vom 22. Jan. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. p. 391. (Siehe Jahresbericht Bd. 25, p. 880; in der Diskussion stimmen Opitz und Knoop der Ahlfeld-Reifferscheidschen Deutung als intrauterine Atembewegungen bei, während Dönhoff sie eher als Schluck-Saugbewegungen ansehen will.)
167. Reinach, Demonstration zur Ätiologie des Melaena neonatorum. Ges. f. Kinderheilk. München. Sitzg. vom 17. Jan. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 617. (Kirschkerngrosses Ulcus an der Rückwand des Duodenum 2 cm unterhalb des Pylorus.)
168. Reuss, A. v., Transitorisches Fieber bei Neugeborenen. Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 4. Heft 1. (Wird auf Stoffzerfall, Wasserverlust, erste Nahrungsaufnahme etc. zurückgeführt.)
169. Richardson, M. W., The control of ophthalmia neonatorum in Massachusetts. Conference of the Amer. Med. Assoc. on med. education and med. legislation. Chicago. 24. Febr. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 60. p. 778. (Statistische Ergebnisse der Anmeldung; für vernachlässigte Fälle erscheinen die Hebammen weniger verantwortlich als die Ärzte.)
170. *Rocher, H. L., Trois cas de méningocèle traumatique. Journ. de Méd. de Bordeaux. Bd. 84. p. 435.
171. Rocher, L., Torticolis congénital chez un bébé de quatorze mois. Soc. anat.-clin. de Bordeaux. Sitzg. vom 10. März. Journ. de Méd. de Bordeaux. Bd. 84. p. 483. (Beschreibt nur die Operation — Tenotomie.)
172. Rollet, H., Intrauterine miliare Tuberkulose. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 26. p. 1274. (Tod des Kindes 48 Stunden, der Mutter 18 Tage nach der Geburt. Sektionsbefund; im Plazentarrest Tuberkelbazillen.)
173. Rosner, Impression eines Scheitelbeines nach Anlegung der Achsenzugzange. Przegl. Lek. 1912. Nr. 20.
174. Roth, O., Angeborener hämolytischer Ikterus. Schweizer Korrespondenzbl. Nr. 22. (Drei Fälle von angeborenem, familiärem, hämolytischem Ikterus.)
175. Rowell, H. N., Melaena neonatorum. Pacific Med. Journ. Mai. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 1342. (Exitus am fünften Lebenstage, Ileum mit Blut gefüllt, keine Ulzera, keine Entzündungserscheinungen an der Mukosa und keine Thrombose der Mesenterialgefässe oder andere Anomalien.)
176. *Salager, E., Contribution à l'étude pathogénique des eckymoses sous-pleurales. Annales d'hyg. publ. et de méd. lég. 4. Serie. Bd. 19. p. 504.
177. *Sattler, Ätiologie des Trachoms und der gonokokkenfreien Säuglingsblennorrhoe. Med. Ges. Giessen. Sitzg. vom 14. Jan. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 1020.
178. Scheffzek, Knochennaht am Femur eines Neugeborenen. Gyn. Ges. Breslau. Sitzg. vom 4. März. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 1007. (Diaphysenfraktur des Femur durch Einhaken des Fingers bei Steisslage; wegen starker Dislokation Knochennaht, die von Küstner auch bei Epiphysenlösung am oberen Humerusende empfohlen wird. Der Credésche Verband wird von Scheffzek, Baumm und Küstner als nicht genügend bezeichnet.)
179. *Schloss, O. M., Remarks on the etiology and pathology of hemorrhagic disease in the newborn. New York Ac. of Med. Sect. on Pediatr. Sitzg. vom 13. Febr. Amer. Journ. of Obst. Bd. 67. p. 820.
180. Schumacher, J., Über Thymusstenose und den heutigen Stand ihrer Pathologie. Inaug.-Diss. Berlin. (Nimmt temporäres Anschwellen des Organs als Ursache der Stenose und Dyspnöe an.)
181. Shwif, Th., Über die gonorrhoische Erkrankung der Mundhöhle bei Neugeborenen. Therap. Obosr. Nr. 15. Ref. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 2810. (Zwei Fälle; die Infektion wird durch das häufige Auswischen des Mundes begünstigt.)
182. Siedleck, Beitrag zur Lehre von der Melaena neonatorum. Przegl. Lek. 1912. Nr. 10.
183. Silberknopf, Kongenitale zerebrale Hemiplegie. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. Wien. Sitzg. vom 26. Juni. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 26. p. 1259. (Geburt in Steisslage; vielleicht intrauterines Trauma in der Schwangerschaft.)
184. *Smith, R. R., Über intrauterine Fraktur. Surg., Gyn. and Obst. Bd. 17. Nr. 3.

185. Soldin, M., Verzögerter Mekoniumabgang. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 77. Heft 4. (Mekoniumretention und Erscheinungen am Darmverschluss; nachfolgende Spontanentleerung des Mekoniums am fünften Tage.)
186. Soresi, A. L., Hemorrhagic diseases in children; etiology, pathology and treatment. New York Ac. of Med. Journ. Sect. on Ped. Sitzg. vom 13. Febr. Amer. Journ. of Obst. Bd. 67. p. 823. (Nimmt eine noch unbekannte Stoffwechselanomalie als Ursache an.)
187. Stamm, C., Enteritis necrotica bei einem Neugeborenen. Arch. f. Kinderheilk. Bd. 60. Festschr. f. Baginsky.
188. v. Starck, Drei Fälle von Stridor congenitus. Med. Ges. Kiel. Sitzg. vom 10. Juli. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 2025. (Auf Thymushyperplasie zurückgeführt, die durch Bestrahlung vermindert werden konnte.)
189. Sternberg, C., Dermatitis exfoliativa. Ärztl. Verein Brünn. Sitzg. vom 24. Febr. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 26. p. 559. (Blasenbildung im Gesicht, Abschuppung am ganzen Körper mit Verlust fast der ganzen Epidermis, Exitus. Keine protozoenähnlichen Gebilde in Milz und Lymphdrüsen.)
190. *Stoll, A., Neuere Methoden in der Behandlung des Nabelschnurrestes. Inaug.-Diss. Freiburg.
191. *Strassmann, Kindersterblichkeit in gerichtlich-medizinischer Beziehung. XVII. internat. med. Kongr. London. Wiener med. Wochenschr. Bd. 63. p. 2164. Annales d'hyg. publ. et de méd. légale. 4. Serie. Bd. 20. p. 350.
192. *Straub, Behandlung und Prophylaxe der Ophthalmoblennorrhoea neonatorum. Festschr. f. Treub, Leiden 1912. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 708.
193. v. Streit, Über Vagitus uterinus. Niederrhein.-westf. Ges. f. Gyn. u. Geb. Sitzg. vom 2. April 1911. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Ergänzungsheft. p. 343.
194. *Sussmann, R., Ein Beitrag zur Kenntnis der Einschlussblennorrhoe der Neugeborenen. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 1545.
195. Szili, J., Omphalotriptor. Orvosi Hetilap. Nr. 4. (Quetscht nicht, sondern wirkt allmählich durch konstanten Druck.)
196. *Taylor, A. S., Conclusions derived from further experience in the surgical treatment of brachial birth palsy (Erbs type). Amer. Journ. of Med. Sciences. Bd. 146. p. 836.
197. Telfair, J. H., Vagitus uterinus. New York Med. Journ. Bd. 98. p. 711. (Dreimaliges Schreien des Kindes bei Prüfung der Plazentarreflexe nach vollzogener Wendung; das sofort extrahierte Kind lebte.)
198. Tissier und Brumpt, Kongenitale Malaria. Arch. mens. d'obst. et de gyn. Bd. 2. Nr. 2.
199. *Toldi, Das Gewicht der Frauen im Zusammenhang mit dem puerperalen Zustande. Geb.-gyn. Ges. d. Marken u. d. Emilia. Sitzg. vom 30. Juni. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. p. 277.
200. *Truesdell, Observations upon some birth fractures of the humerus. Bull. of the Lying-in-hospital of the City of New York. 1912. Nov. Ref. Zentralbl. f. Chir. Bd. 40. p. 1232.
201. Trumpp, Rektaler Schleimepithelpfropf und Darmstenosen beim Neugeborenen. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 76. Heft 6. (Tödlicher Fall von doppelter Jejunumstenose; Sektion.)
202. *Tucker, B. R., Birth-trauma in epilepsy and insanity. Med. Soc. of Virginia. Vers. vom 21. Okt. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 61. p. 2096.
203. *Ungar, E., Über die Bedeutung des Nachweises kleinerer Mengen von Fruchtwasserbestandteilen in den Luftwegen Neugeborener für die Feststellung der Todesursache. VIII. Tagung d. deutsch. Ges. f. gerichtl. Med. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. u. öff. Sanitätswesen. 3. Folge. Bd. 45. I. Supplementheft. p. 101.
204. — Fahrlässige Kindestötung; heimliche Geburt. Zeitschr. f. d. ges. Rechtswissensch. Bd. 34. p. 1. (Siehe Jahresbericht Bd. 26, p. 874.)
205. Unger, L., Beiträge zur Pathologie und Klinik der Neugeborenen. Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 5. Heft 4. (Erklärt den Ikterus der Neugeborenen für hepatogen und nicht für physiologisch.)
206. *Veit, K. E., Beitrag zur Ätiologie des Caput obstipum. Arch. f. klin. Chir. Bd. 102. Heft 4.
207. Vincent, B., Hemorrhagic disease of newborn. Philad. Ped. Soc. Sitzg. vom 12. Nov. 1912. Amer. Journ. of Obst. Bd. 67. p. 415 u. Arch. of Ped. New York. Bd. 29. p. 881.

(11 mit Transfusion, vier mit Injektion von Gesamtblut behandelte Fälle, sieben mit Injektion von tierischem Serum zeigten zunächst keinen Erfolg.)
208. Vincent, W. H., A case of gangrene of the leg in an infant 11 days old; amputation, recovery. Lancet. Bd. 1. p. 753. (Spontangangrän des rechten Beins, die sich demarkierte, so dass schliesslich die Amputation gemacht wurde. Ursache, namentlich Nabelsepsis nicht nachzuweisen; das Kind war spontan geboren worden.)
209. *Voigts, Seltener Sitz eines Kephalhämatoms. Ges. f. Geb. u. Gyn. Berlin. Sitzg. vom 25. April. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 74. p. 988.
210. *Vogt, Ulcus duodeni beim Neugeborenen. Gyn. Ges. Dresden. Sitzg. vom 17. April. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 1162.
211. — E., Hernia duodeno-jejunalis beim Säugling. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. p. 817. (Ein Fall; unstillbares Erbrechen, Geschwulst rechts von der Medianlinie. Exitus, Sektion.)
212. *— Zur Kenntnis der Weichteildefekte am Kopfe Neugeborener. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. p. 119.
213. Wachenheim, F. L., Case of congenital meningoencephalitis. New York Ac. of Med. Sect. on Ped. Sitzg. vom 13. März. Amer. Journ. of Obst. Bd. 67. p. 1036. (Ätiologie unklar, Symptome von der Geburt an bestehend.)
214. *Wachholz, L., Verletzungen menschlicher Leichen durch Tiere. Przegl. lek. Nr. 1. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 480.
215. Walz, Tentoriumzerreissung bei Neugeborenen. Ärztl. Verein Stuttgart. Sitzg. vom 13. März. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 1535. (Frühgeburt im neunten Monat mit Blutung an der Gehirnbasis und Ventrikelblutung.)
216. Walz, Verblutung in der Rückenmuskulatur beim Neugeborenen nach Wiederbelebungsversuchen durch Bürsten, Hämophilie. Ärztl. Verein Stuttgart. Sitzg. vom 10. Okt. 1912. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 45.
217. Warstat, Kongenitale Dünndarmsyphilis. Virchows Arch. Bd. 212. Heft 2. (Gummiknoten im Jejunum.)
218. *Weidenbaum, Zur Blennorrhoeprophylaxe von Neugeborenen. St. Petersb. med. Zeitschr. Bd. 38. p. 39 u. 134.
219. Weihrauch, H. V., Die Ursache des ersten Atemzuges. Cleveland Med. Journ. Juli. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 244. (In erster Linie Kohlensäurereizung des Atemzentrums, erst in zweiter Linie äussere Reize.)
220. Weintraub, R., Zur Kenntnis der kongenitalen Kutisdefekte. Dermat. Wochenschr. Bd. 56. Nr. 14. (Angeborene Alopexien, in oder nahe der Medianebene sitzend; verdünnte atrophische Haut, Mangel der Haare und der Hautdrüsenöffnungen.)
221. *Weisswange, F., Über das Baden der Kinder. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 1101. Gyn. Ges. Dresden. Sitzg. vom 29. Mai. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 1186.
222. Welch, J. E., Human serum treatment for hemorrhagis disease of new-born infants. New York State Journ. of Med. Bd. 13. Nr. 11.
223. *Wilcox, D. G., Head injuries of the new-born. Boston Med. and Surg. Journ. Bd. 168. p. 568.
224. *Willson, Cesarean section for threatened eclampsia; death of the child following circumcision. Washington Obst. and Gyn. Soc. Sitzg. vom 10. Jan. Amer. Journ. of Obst. Bd. 68. p. 351.
225. *Winn, J. F., Intracranial traumas at birth. Med. Soc. of Virginia. Vers. vom 21. Okt. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 61. p. 2096.
226. Winslow, R., Fall von kongenitaler Gangrän des rechten Vorderarmes mit erfolgreicher Amputation an dem fünf Tage alten Kinde. Transact. of the Southern Surg. and Gyn. Assoc. Bd. 24. p. 208. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 1027. (Ätiologie unklar, Nabelschnurumschlingung und amniotische Bänder nicht vorhanden. Wahrscheinlich Thrombose oder Embolie der Armgefässe aus unbekannter Ursache.)
227. *Wolff, G., Ein geheilter Fall von Tetanus neonatorum. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 1789.
228. Wolff, Epidermolysis bullosa congenita. Unterelsäss. Ärzteverein Strassburg. Sitzg. vom 31. Mai. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 1662. (Zwei Fälle, einmal fünf Stunden, einmal einige Tage nach der Geburt aufgetreten.)
229. Ylppö, A., Icterus neonatorum und Gallenfarbstoffsekretion beim Fötus und Neugeborenen. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 2161. (Der Icterus neonatorum wird für rein hepatogen und für eine physiologische und einheitliche Erscheinung erklärt.)

230. Zadek, Über hämorrhagische Erosionen und Magengeschwüre und ihre Beziehungen zu Melaena neonatorum im Anschluss an vier Fälle bei Säuglingen. Arch. d. Verdauungskrankh. Bd. 18. Heft 6. (Lehnt eine einheitliche Genese für die Erosionen und Ulzera bei den geschwürigen Magendarmprozessen bei Melaena ab.)
231. Zarfl, Angeborener gutartiger Pemphigus. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. Wien. Sitzg. vom 26. Juni. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 26. p. 1259. (Bei Geburt Massen von Bläschen an Kopf und Extremitäten; im Blaseninhalt Staphylokokken; in der Diskussion teilt Leiner einen Fall von Epidermolysis bullosa hereditaria bei Mutter und Kind mit.)
232. — M., Angeborene Syphilis und angeborene Tuberkulose bei einem 24 Tage alten Mädchen. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. Wien. Sitzg. vom 23. Jan. Wiener med. Wochenschr. Bd. 63. p. 592.
233. — Obduktionsbefund bei einem Falle von angeborener Tuberkulose. Ebenda. p. 594. Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 8. Heft 5.
234. *Ziegler, A., Was leistet die Deventer-Müllersche Entwickelung des Schultergürtels? Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. 18. p. 271.
235. *Ziemke, Die Bedeutung der Kopfgeschwulst als Zeichen der vitalen Reaktion. VIII. Tagung d. Deutsch. Ges. f. gerichtl. Med. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. u. öff. Sanitätswesen. 3. Folge. Bd. 45. I. Supplementheft. p. 113.

Entwickelung und Reife des Kindes.

Benestad (20) bestimmte das primäre Kindergewicht in Norwegen durchschnittlich zu 3466, am Ende des dritten Tages zu 3278 g. Das ursprüngliche Gewicht wird durchschnittlich am Ende des achten Tages wieder erreicht, bei der Hälfte der Kinder schon am sechsten Tage. Der Gewichtsverlust der Knaben und der ersten Kinder ist etwas grösser, der der kleineren Kinder etwas kleiner. Höherer Gewichtsverlust wurde bei Kindern beobachtet, deren Mütter bei der Geburt viel Blut verloren oder an Albuminurie gelitten hatten.

Bondi (22) erklärt die Ernährung der Mutter nicht als von Einfluss für die Grösse des Kindes, sondern vielmehr Vererbung, Alter des Eies und fötale Erkrankungen, die teils entwickelungshemmend, wie Syphilis, teils entwickelungssteigernd wirken.

Hansen (72) wies nach, dass die auf dem Lande geborenen Kinder um 8—9 % schwerer sind als die Stadtkinder (Knaben durchschnittlich 3696, Mädchen 3542 g aus 5979 Beobachtungen). Als beeinflussende Momente werden aufgefasst: das Alter der Mutter, die Zahl der vorausgegangenen Geburten, ganz besonders günstige soziale und materielle Lage; aussereheliche Kinder sind leichter als eheliche, Herbstkinder scheinen schwerer zu sein als Frühlingskinder.

v. Gutfeld (70) weist an dem Material der Berliner Charité nach, dass Länge und Gewicht der Kinder bis zu einem Alter der Mütter von 28—35 Jahren, wo sie ihr Maximum erreichen, ansteigen, ferner dass sie bis zur vierten Schwangerschaft zunehmen und von da ab auf dieser Höhe sich verhalten, endlich dass soziale Momente auf Länge und Gewicht der Kinder von Einfluss sind, indem eheliche Knaben grösser sind als uneheliche derselben Schwangerschaft (bei Mädchen umgekehrt), ferner unter den unehelichen die Kinder von Dienstmädchen die von Arbeiterinnen übertreffen. Endlich wurde die Körperlänge der Mütter als der der Kinder proportional gefunden.

Toldi (199) stellt ebenfalls fest, dass der Entwickelungsgrad der Kinder nicht immer mit dem Ernährungszustand der Mutter unmittelbar zusammenhängt.

Lévi, Magnan und Sellet (119) fanden das Wachstum der Frucht in der Schwangerschaft individuell sehr verschieden. Bis zum siebenten Monat wird das Gewicht in jedem Monat ungefähr verdoppelt, von da ab überschreitet die Zunahme in jedem Monat nicht ein Viertel bis ein Drittel des Gewichts. Die Länge wird bis zum vierten Monat in jedem Monat verdoppelt, im vierten und fünften Monat nimmt sie um ein Drittel zu, von da ab höchstens um ein Fünftel. Die Schwankungen des Gewichts werden am Ende der Schwangerschaft auf 2000—5000 g, die der Länge auf 40—55 cm festgestellt.

Kjölseth (101) unterwirft die Reifezeichen des Kindes einer erneuten Revision, und zwar nicht bloss an lebenden, sondern auch an toten Kindern unter Berücksichtigung der Knochenkerne und der Entwickelung der inneren Organe. Es wird ein schätzbares Zahlenmaterial beigebracht, aus dem sich aber neue Gesichtspunkte nicht ergeben. Hervorzuheben ist, dass unter 938 Kindern 52 sich fanden, die „angeblich" mindestens 300 Tage nach der letzten Menstruation geboren waren und dass bei 10 Kindern die Schwangerschaft 320, bei drei Kindern 340, 342 und 347 Tage gedauert haben würde, jedoch werden diesen

Zahlen die gebührenden Zweifel entgegengebracht. Ein Kind von 4110 g, 53 cm Länge und 38 cm Kopfumfang wird angeführt, dessen Geburt 340 Tage nach der letzten Menstruation und 158 Tage nach den ersten Kindesbewegungen stattgefunden hat, bei dem aber auf das auffallend späte Auftreten der Kindesbewegungen hingewiesen wird. Unter Annahme der Befruchtung des der erst-ausbleibenden Menstruation zugehörigen Eies ist Kjölseth geneigt, bei Kindern, die vor der Zeit die durchschnittliche Grösse erreicht haben, die ausnahmsweise Befruchtung des Eies der letztvorhandenen Menstruation anzunehmen.

Lutz (125) stellt 24 Fälle von Frühgeburten im neunten Monat (a menstruatione gerechnet) zusammen, von denen eine grosse Anzahl vor allem eine bedeutende Länge der Kinder von 50 cm und darüber (sogar 57 und 58), und andere Reifezeichen ergaben. Er kommt zu dem Schluss, dass schon von der 32. Schwangerschaftswoche an die Zeichen der Reife vorhanden sein können und dass die körperliche Entwickelung der Frucht im neunten Monat nach Länge und Gewicht im wesentlichen abgeschlossen ist, so dass bei gerichtlichen Gutachten über Reife oder Nichtreife der Früchte die grösste Zurückhaltung nötig ist.

Kupferberg (112) berichtet über die Geburt zweier Kinder von $4^{1}/_{2}$ bzw. 10 Pfund Gewicht am 260. bzw. 270. Tage nach dem wahrscheinlich befruchtenden Beischlaf und glaubt, dass man bei Begutachtung der Entstehung eines Kindes aus einem bestimmten Beischlaf bei der vom Gesetz geforderten Bestimmtheit meistens ein „non liquet" aussprechen muss.

Högström (84) berichtet über die Geburt eines 6275 g schweren, 57 cm langen Kindes 13 Tage (a menstruatione) nach dem erwarteten Termin.

Nacke (142) erklärt im Anschluss an zwei Fälle — ein in der 30. Woche zu früh geborenes Kind von 45 cm Länge, 29 cm Kopfumfang und 1350 g und ein übertragenes, mit 46 Wochen geborenes von 52 cm Länge, 36 cm Kopfumfang und 3100 g Gewicht —, dass Länge und Kopfumfang in der letzten Zeit der Schwangerschaft sehr wenig zunehmen und bei sicher zu frühgeborenen Kindern schon die Durchschnittsmasse ausgetragener Kinder haben können. Es lässt sich daher bei der Unsicherheit der Reifezeichen nur sehr schwer aus der Entwickelung des Kindes auf die Dauer der Schwangerschaft schliessen. In der Diskussion wird von P. Strassmann und Bumm eine Revision des vorliegenden Zahlenmaterials durch eine umfassende Statistik verlangt und Strassmann weist mit vollem Recht darauf hin, dass die wissenschaftlichen Zeitberechnungen nach der Menstruation und nicht, wie das Gesetz voraussetzt, nach der Empfängnis berechnet sind. Auch Wegscheider macht auf die Fehlerquellen in der Berechnung aufmerksam.

Hübner (90) führt drei Kinder mit Riesenwuchs aus der Gebärabteilung der Charité an, nämlich eines von 6250 g, 59,5 cm Länge und 39 cm Kopfumfang, ein zweites von 6050 g, 59 cm Länge und 38,5 cm Kopfumfang, und eines von 4400 g, 52 cm Länge und 36 cm Kopfumfang. Die Schwangerschaftsdauer berechnete sich (a menstruatione) auf 294 bzw. 291 und 295 Tage. Die Zahl der über 4000 g schweren Kinder wird unter 17 000 Geburten auf 5,2% berechnet. Die Schwangerschaft dauerte (a menstruatione) in 9,8% über 302 Tage und eine Überschreitung der 280 Tage fand in 73,8% der Fälle statt. Hübner erklärt diese Überschreitung als Folge der Befruchtung des Eies der erst ausgebliebenen Menstruationen, in welchem Falle 26 Tage zuviel berechnet werden, so dass unter Abzug von 26 Tagen von den 39 Fällen von Spätgeburt (nach der letztvorhandenen Menstruation berechnet) keine solche mehr übrig bleibt. Hübner zieht hieraus in Übereinstimmung mit B. S. Schultze den Schluss, dass das BGB. in seiner jetzigen Fassung den Ansprüchen auf Ehelichkeit und Vaterschaft am nächsten kommt und einer Abänderung daher nicht bedarf.

Le Lorier (118) berichtet über habituelle Riesenkinder einer Mutter, das erste 5000, das zweite 7000, das dritte (die Geburt war ante terminum eingeleitet worden) 6250 g schwer. Bei einer zweiten Mutter war das erste Kind 6—7000 g schwer und 67 cm lang (tot gemessen), das zweite — ebenfalls durch künstlische Frühgeburt gewonnene — 3620 g chwer.

Dervieux (39) fordert die Zurücksetzung der unteren Grenze der Empfängniszeit (180 Tage), da es gelungen ist, Kinder von bis zu 650 g am Leben zu erhalten.

Kowalski (105) lehnt für verschieden entwickelte Zwillinge die Superfötation als Ursache ab und sucht die Ursache in rein mechanischen Verhältnissen und in der Ausbildung eines dritten, beiden Zwillingen gemeinsamen Gefässgebietes in der Plazenta.

Geburtsverletzungen des Kindes.

Haykens (75 beschreibt eine bei der Geburt in falscher Stellung geheilte Tibiafraktur, vielleicht infolge eines Falles gegen das Abdomen im sechsten Schwangerschaftsmonat; die Syn- und Hyperdaktylie des gleichnamigen Fusses und Oligohydramnios könnten auch für Missbildung sprechen.

Smith (184) beschreibt eine bei der Geburt mit Deformität geheilte intrauterine Unterschenkelfraktur, die auf Sturz der Mutter zwei Monate vor der Entbindung zurückgeführt wird. Zusammenstellung von 43 Fällen aus der Literatur.

Raebiger (164) beobachtete Ausreissen des vorgefallenen Vorderarms bei Schieflage infolge von Zug am Arm durch eine Negerhebamme.

Truesdell (200) fand unter 11 Geburtsfrakturen des Humerus nur einen nach Schädellage bei engem Becken, sonst stets Steisslagen und Wendungen, einmal kombiniert mit Erbscher Lähmung. Die Fraktur sass meist in der Mitte des Schaftes.

Ziegler (234) fand bei der Armlösung 18%, dagegen bei der Deventes-Müllerschen Entwickelung der Schultern nur 2,5% Armverletzungen, wozu jedoch bemerkt werden muss, dass die Armlösung nur in schwierigen Fällen nach Misslingen der anderen Methoden und bei engem Becken ausgeführt wurde.

Fairbank (47) führt die Geburtslähmung des Armes auf Verletzung des Plexus brachialis zurück, welche durch zu starke Lateralstreckung des Halses bei Entwickelung des Kindes sowohl des vorliegenden (Forzeps) als des nachfolgenden Kopfes zustande kommen kann. Während von anderer Seite das Vorkommen der Lähmung gleich oft bei Schädellage wie beim nachfolgenden Kopf betont wird, fand Fairbank unter 39 Fällen nur sieben in Steisslage und 32 in Schädellage geborene Kinder; unter letzteren war sehr häufig die Zange angelegt worden. Die Verletzung besteht in Zerrung der Nervenscheide und Blutungen in den Nervenstamm und nachfolgender Entwickelung von Bindegewebe. In typischen Fällen werden die fünfte und sechste Cervikalwurzel verletzt (Erb-Duchennesche Lähmung), seltener alle Wurzeln und auch die siebente (Klumpkesche Lähmung). Die meisten Fälle heilen spontan, bei ernsten Verletzungen ist die Lähmung dauernd. In allen Fällen von Geburtslähmung, die ganz leichten Fälle ausgenommen, besteht eine Neigung zur Abweichung des Humeruskopfes nach hinten (unter 39 Fällen 28 mal) — Subluxatio posterior. Hierbei sind ausser Flexion und Innenrotation die übrigen aktiven und passiven Bewegungen des Armes behindert. Dazu ist die Flexion im Ellbogengelenk in geringem Grade, die aktive Supination in hohem Grade behindert. Diese Dislokation wird durch Überwiegen der Kontraktion des M. subscapularis zurückgeführt, solange die Funktion der Innenrotatoren noch nicht wieder hergestellt ist.

Taylor (196) beschuldigt als Ursache der Lähmung des Plexus brachialis die gewaltsame Dehnung und Streckung einer Halsseite entweder bei vorangehendem Kopf mit der Zange oder bei Umhebelung der Schulter um die Symphyse mittelst Zug an Kopf und Hals oder bei nachfolgendem Kopf durch Zug an den Schultern. In wenigen leichten Fällen entstand die Lähmung bei Spontanverlauf der Geburt, so dass also nicht jeder Fall auf Verschulden des Geburtshelfers zurückzuführen ist.

Kaumheimer (96) betont bei Gesichtslagen die Möglichkeit symmetrischer Lähmungen beider oberen Extremitäten; die Lähmung entspricht dem unteren Typus (erster Fall.)

v. Aberle (3) erklärt alle Schiefhälse, die mit anderen kongenitalen Deformitäten, Schnürfurchen und Druckspuren kombiniert sind oder bei denen sich Heredität nachweisen lässt, für kongenital im Sinne von Petersen, die übrigen Fälle dagegen für traumatisch im Sinne Stromeyers, wofür er das überwiegend häufige Vorkommen bei Steisslagenkindern und das häufige Bestehen eines Kopfnickerhämatoms als Beweise anführt. Zwei Fälle von derber schwieliger Veränderung des M. sternocleidomastoideus ohne Verletzung werden angeführt; in dem einen Falle wird das vorhandene Hämatom als sekundär durch Verletzung des schwielig verkürzten Muskels angesehen.

Veit (206) sieht auf Grund von Tierversuchen den Schiefhals als Folge einer Nervenschädigung des Accessorius an, die selten intrauterin, meistens aber während der Geburt durch ein Trauma verursacht wird.

Bauer (16) führt als ursächliche Momente für den Schiefhals ausser Traumen noch die intrauterine Belastung und entzündliche Prozesse an.

Gaifami (60) berichtet über sechs Fälle von Hämoperitoneum bei Neugeborenen, einmal durch Abreissen der Nabelvene, einmal durch Riss am unteren Leberrand, einmal (Frühgeburt) durch Ruptur von Vasis epiploicis, zweimal bei primärem Hämatom beider Nebennieren, einmal durch Kapselrisse der vergrösserten Milz bei Lues. In zwei Fällen wird die Vornahme Schultzescher Schwingungen erwähnt.

Dietrich (40) führt eine Leberruptur bei einem Neugeborenen auf eine sehr energisch ausgeführte Kristellersche Expression zurück. In der Diskussion führt L. Fränkel auch Gehirnblutungen auf Expression des nachfolgenden Kopfes zurück, während Baumm Hirn-

blutungen nach leichter Spontangeburt in Beckenendlage beobachtet hat und Hannes mehr die Asphyxie als Ursache solcher Hirnblutungen auffasst. Küstner misst den Schultzeschen Schwingungen nicht die Schuld an einer Leberruptur bei, sondern führt subperitoneale Hämatome auf Asphyxie zurück, die Leberruptur im vorliegenden Falle dagegen auf die Expression.

Abels (1) beschreibt zwei Fälle von Ventrikelblutungen; einen bei einem schnell und spontan geborenen, nicht ausgetragenen Kinde und einen bei durch ein enges Becken spontan geborenem, ursprünglich in Vorderscheitelbeineinstellung eingetretenem Kinde; er erklärt die Blutung aus der Druckdifferenz zwischen dem unter dem allgemeinen Uterusdruck stehenden Teil und dem aus dem Muttermund vorragenden Teil des Kindes, besonders aus dem länger wirkenden Überdruck mit nachfolgender Ausschleussung, namentlich bei weichen Knochen und weitklaffenden Nähten.

Abrikosoff (4) fand bei einem nach neunstündiger Geburt in Steisslage geborenen und sofort gestorbenen Kinde starke Blutungen in der Umgebung des Kleinhirns durch Zerreissung des Sinus transversus und Zerstörung des Unterwurms und der anstossenden Kleinhirnpartien, sowie Ausfüllung des vorderen Ramus descendens der linken Kranzarterie des Herzens durch einen aus Kleinhirngewebe bestehenden Pfropf.

Doazan (41) führt die Meningealblutungen der Neugeborenen, die er meist auf die Piavenen bezieht, entweder auf Quetschung des Kopfes oder auf angeborene Degeneration (Lues, Alkoholismus, Frühgeburt etc.) zurück.

Meyer und Hauch (137) fanden unter 64 Kopfsektionen bei Neugeborenen 28 mal Zerreissungen, worunter 13 mal die Zerreissung als Todesursache anzusprechen war, und zwar waren sechs totgeboren (einmal Steisslage, fünfmal Schädellage und schwierige Zangenentbindung); von den sieben Lebendgeborenen starben vier gleich nach der Geburt (einmal ausgedehnte rechtsseitige Zerreissung nach Ausführung des Prager Handgriffs). Bei Zangenentbindung scheint besonders der Druck von vorne nach hinten die Ursache zu sein. Bei Beckenendlage sind die Zerreissungen häufiger als bei Zangenentbindung. Bei Zerreissungen nach Spontangeburt handelt es sich zumeist um kleine Kinder, wo die leichte Kompression der normalen Geburt schon genügt. Die Zerreissung erfolgt gewöhnlich im Verlauf der von Beneke beschriebenen Fasern, aber nicht allein durch das obere Blatt des Tentorium, sondern auch durch beide Blätter und namentlich dem dreieckigen Teil des Tentorium bei der Basis des Falx entsprechend. Ausserdem fanden sich Falxzerreissung bis zu deren Anheftung nach aufwärts mit Zerreissung des Sinus longitudinalis und Falxzerreissungen im vorderen Teil in der Nähe der Crista galli. Falxzerreissungen wurden immer mit Tentoriumzerreissungen kombiniert und häufiger bei grossen, operativ entwickelten Kindern gefunden.

Puppe (161) beschreibt eine beiderseitige Tentoriumzerreissung, rechts mehr als links mit intermeningealer Blutung bei einem erstgeborenen Zwilling, der 30 Stunden am Leben blieb und dessen Lunge nur zu drei Fünfteln schwimmfähig war, während Magen und Darm bis in den Dickdarm Luft enthielten. Zum Nachweis der Tentoriumrisse empfiehlt er stets das Grosshirn für sich nach Durchschneidung der Hirnstiele herauszunehmen, so dass dann eine genaue Untersuchung des Tentoriums ermöglicht wird. Er hält die Dehnung und Zerrung des Schädels und Gehirns für bedeutungsvoller als die Blutung selbst. Winter betont die Häufigkeit der Tentoriumrisse bei nachfolgendem Kopf nach schwerer Extraktion, die er auf Druck von oben auf den Kopf zurückführt und die sich häufig mit Absprengung der Hinterhauptschuppe und beträchtlichen Blutungen in die hintere Schädelgrube verbindet.

Puppe (160) empfiehlt zum exakten Nachweis der Tentoriumzerreissungen nach Freilegung des Schädels erst die Entfernung des einen Scheitelbeins mit Schonung der Falx, dann der betreffenden Grosshirnhemisphäre, dann ebenso auf der anderen Seite, hierauf Einstechen des Tentoriums und Herausnahme von Kleinhirn und Medulla.

Wilcox (223) beschreibt als Folgen von epiduralen Blutergüssen, die er in der Mehrzahl in die Gegend des Sinus longitudinalis, in der Minderzahl in das Tentorium verlegt, Porencephalie und als weitere Folgen Idiotismus, Epilepsie, Lähmungen etc. Er empfiehlt Öffnung des Schädels mittelst Trepans oder Meissels und Entfernung der Blutgerinnsel. Vier Fälle.

Winn (225) führt intrakraniale Blutungen auf Druck von aussen, Übereinanderschiebung der Scheitelbeine, Frakturen und Asphyxie zurück. Als Prophylaxe wird besonders die Zurückhaltung mit der Zange und die vorsichtige Benützung derselben empfohlen.

Ahlström (8) beschreibt nach Zangenentbindung Eindringen des rechten (hinteren) Stirnbeins durch eine Spalte in das linke Stirnbein mit Zerreissung des Sinus longitudinalis.

Rocher (170) beschreibt einen Fall von traumatischer Hydromeningocele nach Zangenentbindung infolge von Fraktur oder Fissur des Stirnbeins unmittelbar vor der Koronalnaht. An der Stelle eines grossen, der Form des Zangenlöffels entsprechenden Blutergusses bildete sich nach acht Tagen ein Flüssigkeitserguss. Der Tumor nahm beim Schreien an Prallheit zu. Konvulsionen waren nicht eingetreten.

Gfroerer (61) beobachtete unter 26 Fällen von Schädelkompression bei Neugeborenen sieben Todesfälle, und zwar vier unmittelbar nach der Geburt (in drei Fällen Blutergüsse, in zwei Frakturierung und in einem Durchtrennung der Halswirbelsäule zwischen 6. und 7. Wirbel) und drei in den ersten Lebenstagen. Von den 17 am Leben gebliebenen Kindern konnten 16 weiter verfolgt werden und es konnte weder in bezug auf körperliche noch auf geistige Entwickelung irgend ein schädigender Einfluss nicht festgestellt werden.

Henschen (79) macht darauf aufmerksam, dass Blutergüsse im Gehirn zuerst in unmittelbarer Nähe ihrer Quelle bleiben, dann aber, z. B. bei längerer Rückenlage der Leiche, sich diffus verbreiten. Zur Erreichung eines getreuen Befundes ist es daher nötig, solche Leichen gleich nach dem Tode gefrieren zu lassen und dann nach der Benekeschen Technik zu sezieren. Die supratentoriellen — Konvexitäts- — Hämatome werden auf Zerreissungen der freien Überbrückungsstellen der Piavenen oder auf Einreissen der Längsblutleiter, seltener auf Verletzung der Hirnsubstanz, ganz ausnahmsweise auf Einreissen der Art. meningea media und Durariss, endlich auf akzessorische Venen, die am Innenblatt der Dura dem Längsblutleiter entlang verlaufen, zurückgeführt. Sie sitzen parietal oder frontoparietal, häufiger ein- als doppelseitig und beruhen meist nicht auf direktem Kopftrauma, sondern auf venöser Rückstauung. Die infratentoriellen Ergüsse (Basisblutungen) entstehen aus dem Sinustransversus mit seinen pialen Venenadnexen, aus der Vena magna Galeni oder aus Zerreissungen der intervertebralen Halswirbelgelenkkapseln. Sie führen im ganzen schneller zum Tode als die ersteren, jedoch können sie ebenfalls tagelang symptomlos bleiben, während bei ersteren ein Intervall bis zu 12 Tagen beobachtet werden kann. Der Tod kann durch plötzliche Erscheinungen erfolgen, wahrscheinlich durch Einbruch des Hämatoms in den vierten Ventrikel.

Zur Diagnose wird Punktion von der grossen Fontanelle aus bzw. Lumbalpunktion, im Zweifelsfalle cervikale Spinalpunktion vorgeschlagen, ferner zur Behandlung die Aspiration flüssigen Blutes von der Fontanelle aus zusammen mit der Lumbalpunktion, endlich bei geronnenen Blutmassen und bei Erfolglosigkeit der Aspiration die osteoplastische Aufklappung des Scheitelbeins.

Henschen sieht ferner die Schultzeschen Schwingungen als Veranlassung drohender intrakranieller Blutungen an und will sie durch rhythmische Überdruckatmung oder rhythmische Atmungsübungen in einer hierzu geeigneten Unterdruckkammer ersetzen.

Hofmeier (87) beobachtete 25 Fälle von Knochenimpression, 24 nach Extraktion des nachfolgenden Kopfes, einen nach Spontangeburt entstanden; sieben starben während oder kurz nach der Geburt, darunter auch solche, bei denen sich die Einknickung wieder von selbst ausgeglichen hatte. Die Sektion ergab ausserdem erhebliche Knochenverletzungen und intrakranielle Blutungen. Bei den am Leben Gebliebenen waren stärkere Hirndruckerscheinungen nicht zu beobachten. In einem tödlich verlaufenen Falle von Impression nach Zangenoperation fand sich als Todesursache ausgedehnte Blutung auf die ganze Hirnoberfläche und Verletzungen an der unteren Partie der Schädelkapsel.

Kosmak (104) fand, dass Schädelimpressionen stets mit Frakturen verbunden sind. Die Fraktur erleichtert die sofortige Hebung des eingedrückten Knochens, welche mit Hilfe eines besonderen Elevators vorgenommen wird. Drei Fälle von Impressionen, davon zwei nach hoher Zange und einer nach Spontangeburt wurden in dieser Weise behandelt. Ein weiterer Fall von Impression nach hoher Zange wird in der Diskussion von Beach mitgeteilt.

Frazier (55) empfiehlt in allen verdächtigen Fällen und besonders bei doppelseitigen Blutergüssen die Lumbalpunktion zur Herabsetzung des intrakraniellen Drucks.

Groené (68) fand in vier Fällen epidurale Hämatome im Rückenmark von einigen Millimetern Dicke, vom Foramen magnum bis zu den unteren Rückenwirbeln sich erstreckend, ohne Verletzungen von Wirbeln, Ligamenten, Dura oder grösseren Gefässen, und zwar in drei Fällen nach leichten Spontangeburten (zweimal bei Zwillingen), in einem Falle bei einem nach schwieriger Geburt in Gesichtslage totgeborenen Kinde. In einem Falle fand sich eine geringe Zerreissung im Tentorium. Es wird eine Prädisposition schwächlicher Kinder zu solchen Blutungen vermutet.

Chambrelent und Balard (27) beschreiben ein grosses Hämatom am Kopf eines mit der Zange leicht extrahierten Kindes, das zum Tode führte und auf eine besondere Disposition des Blutes zurückgeführt wird.

Voigts (209) beschreibt ein Kephalhämatom auf der Hinterhauptsschuppe bei einem in Steisslage geborenen Kinde und glaubt, dass durch forziertes Durchziehen des Kopfes durch das verengte Becken die Periostablösung erfolgt sei.

Kraus (107) beschreibt nach Zangenentwickelung einen Fall von Hornhauttrübung und Zerreissung der Membrana Descemetii, und einen Fall von Avulsio bulbi mit Zerreissung des Rectus inferior und obliquus inferior und des Opticus, so dass die Enukleation nötig wurde; im zweiten Falle handelte es sich um Zangenentbindung bei verengtem Becken.

Vogt (212) beschreibt zwei Fälle von offenbar amniogener Weichteilinfektion am Kindesschädel und einen Fall von mit linearer Narbe geheilter Verletzung, alle von haarloser Zone umgeben.

Bahrdt (14) beschreibt spastische Displegie der Beine nach Extraktion in Fusslage, vielleicht infolge nicht ausgedehnter Zerreissung oder Blutung zwischen Hals- und Lendenmark.

Tucker (202) erwähnt 15 Fälle von Epilepsie, die bestimmt auf ein Geburtstrauma zurückzuführen sind. Fälle von Geistesstörung infolge von Geburtstrauma konnten nicht mit Bestimmtheit ermittelt werden.

Nebesky (144) beschreibt eine mächtige Kopfgeschwulst bei dem Kinde einer IX para von 27 cm Umfang, $5^1/_2$ cm Höhe und 6—7 cm Durchmesser, bei der es im Bereich der Schnürfurche zur Gewebsnekrose kam, die in vier Wochen mit Narbenbildung ausheilte. Die Schnürfurchenbildung wird auf den Druck des inneren Muttermundes und auf den vorzeitigen Blasensprung (fünf Tage ante partum) zurückgeführt.

Zur Frage der Kindestötung und ihres Nachweises.

Ziemke (236) bekämpft auf Grund von experimentellen Untersuchungen an toten Kindern, bei denen die Versuchsanordnung den Geburtsvorgängen nach Möglichkeit angepasst war, die Anschauung von Orth, dass eine Kopfgeschwulst nur bei erhaltener Blutbewegung entstehen könne und daher für ein Leben des Kindes unter der Geburt beweisend sei. Er fand bei toten Kindern, dass mittelst einer Saugglocke dieselben Erscheinungen sich hervorrufen lassen, nämlich Lymphorrhagien und mitunter erhebliche Blutungen, und zwar sassen die Extravasate ebenso wie bei normaler Kopfgeschwulst immer zwischen Galea und subkutanem Fettgewebe, oder in dem lockeren Bindegewebe unter der Galea. Nur die bei natürlicher Kopfgeschwulst in den Gefässen des subkutanen Fettgewebes gefundene starke Kapillarfüllung fehlte meistens, war aber doch, wenn auch ausnahmsweise, regionär zu finden. Er spricht deshalb einer Bedeutung der Kopfgeschwulst für ein Leben des Kindes während der Geburt jeglichen Wert ab.

In der Diskussion betont Haberda, dass er ebenfalls einer Kopfgeschwulst eine sichere Beweiskraft für das Leben des Kindes in partu nicht zuerkennen könne, während Beumer die Anschauung von Orth verteidigt. Ungar bezweifelt, dass die Versuchsanordnung die Verhältnisse bei der Geburt genau wiedergibt. (Für die Entstehung der Kopfgeschwulst ist die Differenz zwischen dem auf dem ganzen Körper lastenden Druck und dem aus dem Muttermund hervorragenden Kindesteil nicht allein und auch nicht in erster Linie massgebend, sondern vielmehr die Umschnürung des aus dem Muttermund vorragenden Kopfabschnittes und die dadurch bewirkte Behinderung des Lymph- und venösen Blutrückflusses. Ref.)

Nippe (146) bringt für Fälle von so geringem Luftgehalt der Lungen, dass die Luftmenge zum Schwimmen nicht hinreicht, und für diejenigen, in welchen der Magen luftleer oder versehentlich angeschnitten worden war, die mikroskopische Untersuchung der Lungen in Vorschlag, und zwar wird die Anfertigung grösserer, durch einen ganzen Lungenlappen gehender Schnitte und Schnittserien vorgeschlagen; und als Färbung Hämatoxylin-Eosin. Vor allem sind dabei aspirierte Massen, Vernix (rot gefärbt), Mekonium, Geburtsschleim in Bronchien und Bronchiolen (blau gefärbt), Pflanzenzellen und Jaucheteilchen zu sehen. Nichtentfaltung aller Bronchien schliesst eine stattgehabte Atmung aus. Bei vorgeschrittener Fäulnis ist die Entscheidung schwierig und daher lieber in suspenso zu lassen. Die Probe soll keine der geltenden Untersuchungsmethoden, auch nicht die Schwimmprobe an der zerschnittenen Lunge, ersetzen.

Ungar (203) vermochte in den Lungen Neugeborener, sowohl totgeborener als solcher, welche noch einige Tage gelebt hatten, kleine Fruchtwassermengen und Vernixpartikel (nach dem Vorgange von Hochheim mittelst Sudanrotfärbung) nachzuweisen und erklärt solche Befunde als physiologisch, zum Teil unter Hinweis auf die von Ahlfeld und Reifferscheid nachgewiesenen oberflächlichen intrauterinen Atembewegungen, bei welchen allerdings viel-

leicht wegen Glottisverschlusses und weil die Trachea noch kein Lumen bietet, das Fruchtwasser nicht weit eindringen kann. Jedenfalls sind diese geringen Mengen dem Kinde nicht schädlich, auch wenn es beim ersten Atemzuge noch in den obersten Luftwegen befindliches Fruchtwasser aspiriert und eine Geburtsschädigung kann hieraus nicht gefolgert werden. Eine diagnostische Bedeutung ist solchen aspirierten kleinen Mengen nicht beizulegen und ein Schluss auf die Todesursache kann daraus nicht gezogen werden; eine gewaltsame Erstickung oder ein Absterben durch fahrlässige Unterlassung des nötigen Beistandes kann durch diese Befunde nicht ausgeschlossen werden.

In der Diskussion erklärt Haberda seine Übereinstimmung mit Ungar in betreff des häufigen Befundes und der Unschädlichkeit kleiner Fruchtwassermengen und will nur aus der Menge und Verteilung der aspirierten Massen — Epithelien, Fetttröpfchen, zerknitterten Vernixzellen, Cholestearinkristallen, Wollhärchen, Mekoniumkörperchen etc. — auch in allen peripheren Lungenteilen schliessen, dass ein natürlicher Tod infolge Geburtsschädigung vorliegen könne. Reuter berichtet über zwei eingestandene Kindsmorfdälle, in welchen keine Aspiration gefunden wurde, dagegen über einen Fall von eingestandener Erdrosselung mit massenhafter Aspiration, so dass anzunehmen war, dass es bei der Geburt asphyktisch gewesen war und schlecht geatmet hatte. Haberda erklärt ferner bei Kindern, die nach einigen Tagen an Bronchitis gestorben sind, Aspirationen als etwas ganz gewöhnliches, auch wenn sie nach der Geburt laut geschrieen hatten.

Salager (176) untersuchte die Einwirkung von drucksteigernden Giften auf die Lungenzirkulation und auf die Entstehung subpleuraler Ekchymosen und fand als Ursache der letzteren die plötzliche Erhöhung des Blutdruckes im Gebiete der Pulmonalarterie; unterstützend wirkt auf ihr Zustandekommen die Thoraxaspiration. Die Ekchymosen treten auf kurze Zeit, nachdem die Druckerhöhung ihr Maximum erreicht hat. Sie sind demnach nicht pathognomonisch für eine bestimmte Todesart, aber sie können nützliche Fingerzeige für die Umstände, unter denen der Tod eingetreten ist, geben. Es ist aus ihnen, wenn auch nicht mit absoluter Sicherheit, so doch fast sicher auf eine vitale Reaktion zur Zeit ihrer Entstehung zu schliessen. Sie haben eine Bedeutung als Erscheinung einer mechanischen Erstickung, aber nur in indirekter Weise, indem die Asphyxie eine Erhöhung des Druckes im Gebiet der Pulmonalarterie und dadurch ihre Entstehung bewirkt.

Marx (131) erörtert den Wert der intra- und extrathorakalen Ekchymosen und grösseren Blutaustritte für die anatomische Diagnose des Erstickungstodes und warnt sowohl vor Über- als vor Unterschätzung dieser Erscheinungen. Diese Blutaustritte werden um so grösser und ausgedehnter vorhanden sein, je länger und intensiver die dem Tode vorangegangene Dyspnoe gedauert hat; ist dagegen sofort mit dem Atmungshindernis eine Apnoe aufgetreten (wie beim Erhängen), so können sie vollständig fehlen.

Dedeck (36) beobachtete (Kautschukballon am Proc. xiphoideus und Schlauchverbindung mittelst Registriertrommel), dass bei nicht ausgetragenen Neugeborenen von unter 1400 g Gewicht die Atmung durch apnoische Pausen unterbrochen ist und die Atmungskurven den Ahlfeldschen Kurven bei intrauteriner Atmung auffallend ähnlich sind. Er sieht darin einen Beweis für die Richtigkeit der Ahlfeldschen Deutung.

Addison und How (7) fanden die fötalen Luftwege mit Flüssigkeit gefüllt, die beim ersten Atemzug eingezogen wird und sich längs der Alveolarwände verteilt. In fötalen Tierlungen findet sich eine feingranulierte Substanz, ein Niederschlag aus dieser Flüssigkeit, ausserdem gleichmässig verteilt grosse mononukleare Zellen, wahrscheinlich Phagozyten, von geringer Zahl. Bei neugeborenen Tieren findet sich diese fein granulierte Masse noch dicht an den Wänden der Luftwege und weniger Zellen. Die Epithelzellen der Alveolen sind vor dem Atmen unregelmässig kubisch mit runden Kernen, nach dem Atmen werden sie dünn und flach. Ferner ist nach dem Atmen das Mesenchym dichter, die Kerne mehr kompakt und die Gefässe ausgedehnt.

Miura (139) fand bei Perkussion nach der Abnabelung den Lungenschall der linken Thoraxhälfte direkt in den tympanitischen Magen- und Darmschall übergehend und schliesst hieraus auf sofortige Füllung der Luftwege und Lungen und des Magens und Darms (gleichzeitig auch der Tuba Eustachii und der Paukenhöhle). Als wahrscheinliche Ursache der Magen- und Darmfüllung wird die Streckung des vorher stark gebeugten Fötus angenommen. Es ist daher bei der Lebensprobe der Luftgehalt des Magens und Darms von Wichtigkeit.

Lefour und Balard (116) fanden bei einem am achten Tage gestorbenen hereditärsyphilitischen Kinde den Ductus Botalli am Anfang und am Ende stenosiert und in der Mitte erweitert und mit einem Blutkoagulum gefüllt. Fieux erklärt in der Diskussion die Zeit und die Art der Obliteration des Ganges noch keineswegs für ganz geklärt. Balard glaubt,

dass der Verschluss zwischen dem 25. und 30. Tage erfolgt; er fand den Gang am 5. und 10. Tage noch durchgängig.

Lattes (114) hatte einen Fall von Anklage auf Kindsmord durch Schädelzertrümmerung zu begutachten, bei dem die Mutter angab, dass sie sich im Schlaf bzw. im Traum nach der Geburt des Kindes auf dieses gekniet und so die Schädelzertrümmerung hervorgerufen haben müsse. Versuche ergaben jedoch, dass bei Knien mit dem ganzen Körpergewicht auf einer Kindesleiche, die auf einer weichen Matratze lag, höchstens leichte Fissuren und diese nur auf einer Schädelseite hervorgebracht werden können, während das Kind Zertrümmerung beider Parietalknochen in verschiedene Teile mit zahlreichen Blutaustritten und -Unterlaufungen ergeben hatte. Die Erklärung der Mutter wurde von dem Gutachter als unmöglich abgelehnt.

Lande (113) bespricht die Zerstückelung des neugeborenen Kindes, welche meistens nach der Tötung des Kindes zwecks leichterer Beseitigung der Kindesleiche unternommen wird. Die Verletzungen zeigen deshalb gewöhnlich keine vitale Reaktion, jedoch kann die Entscheidung hierüber zweifelhaft sein, weil die Zerstückelung gewöhnlich unmittelbar nach der Tötung vorgenommen wird. Von Wichtigkeit ist es, in den aufgefundenen Leichenteilen die Todesursache, das Leichenalter und die Frage, ob das Kind gelebt hat, zu entscheiden. Zwei Fälle werden mitgeteilt, in deren einem die Todesursache durch Erstickung, im anderen durch Erdrosseln (das zu einem Band gewickelte Stoffstück lag noch fest um den Hals geknotet) und Einstechen einer Nadel in die grosse Fontanelle festgestellt werden konnte. In beiden Fällen war die Lungenprobe positiv. Im zweiten Falle war die eheliche Mutter wenige Tage nach der Geburt des Kindes an Embolie der Lungenarterie gestorben.

Nebesky (145) kommt nach Untersuchungen über die Abreissung der Nabelschnur während der Geburt zu dem Ergebnisse, dass in der Regel das Gewicht des Kindes bei freiem Fall zur vollständigen Abreissung genügt; bei Frühgeborenen ist die Resistenz der Schnur absolut etwas geringer, nicht geringer aber relativ zum Kindesgewicht. Die grösste Disposition zeigt das fötale Drittel der Schnur. Die Gefahr für das Kind ist in bezug auf Schädelverletzung gering, in bezug auf Verblutung ebenfalls nicht gross, besonders bei sofortiger Atmung, sehr gross dagegen bei Insertio velatomentosa und Zerreissung von Gefässen, bevor das Kind geboren ist. Die Unterscheidung einer spontanen und einer künstlichen Durchreissung ist sehr schwierig und unsicher, meistens unmöglich. Die Wehenkraft allein vermag, besonders wenn sie vermehrt oder die Widerstände vermindert sind, eine totale Abreissung zu bewirken, besonders bei verkürzter Schnur. Sulzreichtum oder Sulzarmut oder grössere oder geringere Zahl von Windungen sind für sich allein nicht von Belang, jedoch zerreissen Schnüre mit Gefässerweiterung und Schlingenbildung leichter, aber der Riss erfolgt nicht immer gerade an diesen Stellen. Bei den äusserst seltenen Fällen der Zerreissung der Schnur oder einzelner Gefässe ohne stärkere Krafteinwirkung (Fallgewicht, vermehrte Wehenkraft geburtshilfliche Operationen etc.) sind durch Schädigung der histologischen Struktur der Nabelschnur bedingt, die auf Mangel an elastischen Fasern in den Gefässwänden, häufiger auf histologische Veränderungen der Gefässmuskulatur oder auf Verminderung oder lockere Anordnung des die Sulze durchflechtenden Bindegewebes oder auf infolge pathologischer Veränderungen verminderte Widerstandskraft der Nabelschnurscheide zurückgeführt wird: letztere Momente bedingen die Möglichkeit einer ungeschwächten Krafteinwirkung auf die Gefässe, welche die hauptsächlichen Stützen der Nabelschnur bilden.

Engau (43) macht unter Mitteilung eines Falles von heimlicher Geburt eines angeblich toten Kindes mit komplizierter Nabelschnurumschlingung um den ganzen Hals und wahrem Knoten an der den Hals umschlingenden Tour auf die gerichtliche Bedeutung der Umschlingung aufmerksam und auf die Frage, ob die Umschlingung eine spontane oder eine künstliche behufs Erdrosselung war. Da das Kind entgegen der Behauptung der Mutter gelebt hatte (Luft in Lungen und in Magen und Darm bis ins Cökum), wird eine gewaltsame Umschlingung für möglich gehalten, obwohl keinerlei Strangulationsfurche und kein Eindruck in der Haut durch den wahren Knoten zu bemerken war. Die Ansicht, dass bei Nabelschnurumschlingung die Geburt gewöhnlich verlangsamt ist, ist nicht richtig, ebensowenig kann aus dem Fehlen einer Kopfgeschwulst auf eine besonders schnelle Geburt geschlossen werden, um so weniger, als ein äusseres Kephalhämatom vorhanden war. Dass das Kind in der Nabelschnurschlinge beim Abwärtsgleiten sich selbst erdrosselt haben könne, ist möglich. (Ein wahrer Knoten entsteht durch Durchschlüpfen des Kindes bei der Geburt durch eine Nabelschnurschlinge, die sich hinter dem Kinde zuzieht; im vorliegenden Falle bestand ein leicht auflösbarer, als vor kurzem entstandener wahrer Knoten bei noch bestehender Nabelschnurumschlingung um den Hals und es erscheint daher sehr wahrscheinlich, dass

die Anordnung der Nabelschnur eine künstliche war, wahrscheinlich zum Zwecke der Maskierung einer anderen gewaltsamen oder fahrlässigen Todesursache, um so mehr, als die 70 cm lange Nabelschnur dicht an der Plazenta glatt durchschnitten war. Ref.)

Wachholz (214) beobachtete an der mazerierten Leiche eines neugeborenen Kindes tiefgehenden Defekt beinahe der ganzen linken Gesichtshälfte durch eine Katze.

Kürbitz (109) erörtert die Beziehungen zwischen Generationsvorgängen und Psychosen und erwähnt die verschiedenen Schwachsinnsformen, die Möglichkeit epileptischer, hysterischer, besonders Dämmerzustände, eklamptischer Anfälle, des Jugendirreseins, echte Psychosen (Melancholie, Amentia) und psychopathische Zustände und sucht Anhaltspunkte für die Annahme vollkommener Unzurechnungsfähigkeit oder verminderter Zurechnungsfähigkeit während der Tat zu gewinnen.

Asphyxie des Neugeborenen.

Fuchs (58) sah nach Skopolamin-Morphium-Anästhesie der Gebärenden bei dem vierten Teil der Kinder Oligo- und Apnoe und einen Todesfall; er verlangt dauernde Anwesenheit des Arztes am Geburtsbett beim Dämmerschlaf.

Balard (15) konnte bei einem mit Zange entwickelten Kinde, das keinen Herzschlag mehr erkennen liess, mittelst des Pachonschen Oszillometers noch kleinste Herzkontraktionen nachweisen und empfiehlt diese Methode als sicherstes Mittel für den Nachweis des Lebens oder Todes.

Fry (57) empfiehlt den Drägerschen Pulmotor zur Wiederbelebung asphyktischer Neugeborener. Die Ausführung, welche Vorziehen der vorher mit einem Faden angeschlungenen Zunge, dann Andrücken der mit dem Apparat verbundenen Maske über Nase und Mund, Einstellung auf 10—15 cm Druck und abwechselnde Hebelstellung verlangt, wird als sehr einfach geschildert.

Beatus (17) stellt aus dem Material der Breslauer geburtshilflichen Poliklinik (1900 bis 1913) fest, dass unter den asphyktisch und operativ geborenen Kindern der Prozentsatz an körperlich, psychisch oder nervös Minderwertigen nicht grösser ist als unter den spontan geborenen.

Lewin (120) bezeichnet die Schultzeschen Schwingungen als die beste Methode der künstlichen Atmung bei asphyktischen Kindern.

Ophthalmoblennorrhoe.

Credé-Hörder (32) betont, dass trotz der günstigen Resultate der Credéschen Prophylaxe in den Kliniken die Zahl der Blepharoblennorrhoeblinden in den Blindenanstalten kaum zurückgegangen ist. Es sollte demnach die Credésche Prophylaxe allgemein in der Hebammenpraxis als obligatorisch eingeführt werden. Die verschiedenen Mittel — Silbernitrat, -Azetat und Sophol — ergeben ziemlich gleich günstige Resultate, so dass es auf die Wahl des Mittels nicht ankommt, jedoch wird, um eine um so sicherere Wirkung zu erzielen, die Einträufelung von drei Tropfen (statt eines) in jedes Auge empfohlen. Eine stärkere Reizwirkung wird dadurch nicht erzielt. Zur Verhütung der Spätinfektion wird die Einführung der obligatorischen Anzeigepflicht für die Hebammen dringend empfohlen. Der Nachweis, dass es auch nichtgonorrhoische Ophthalmien bei Kindern gibt, entzieht den vorgeschlagenen Massregeln den Vorwurf des Odiösen.

Credé-Hörder (32, 33) kontrollierte am Kaninchenauge die Ätzwirkung der gebräuchlichen prophylaktischen Mittel und fand niemals dauernde Schädigung. Bei frühgeborenen Kindern und bei individueller Überempfindlichkeit kann allerdings der Argentumkatarrh längere Zeit bestehen bleiben, besonders bei 2% Silbernitrat; weniger intensiv wirkten 1% Silbernitrat, Silberazetat und Sophol. Aus diesen Gründen wird neuerdings aufs wärmste die obligatorische Einführung der Credéschen Prophylaxe empfohlen.

Credé-Hörder (34) fand bei nichtgonorrhoischen Ophthalmien als Erreger grampositive Diplokokken, Pneumokokken und Kolibazillen, von denen besonders die durch Pneumokokken verursachten Erkrankungen schwer und hartnäckig, aber ohne Affektion der Hornhaut verlaufen.

Credé-Hörder (31) macht endlich darauf aufmerksam, dass sog. Spätinfektionen von Ophthalmoblennorrhoe dadurch zustande kommen können, dass Gonokokken in den Meibomschen Drüsen einen Schlupfwinkel gefunden haben können, aus dem sie sich nach Auftreten von Eiterung erst sekundär auf die Konjunktiva verbreiten und diese infizieren können.

Cheney (28) tritt für Belehrung des Publikums, für ein Gesetz, dass alle an Ophthalmogonorrhoe erkrankten Kinder unter Behandlung eines Augenarztes gestellt werden, und für allgemeine obligatorische Prophylaxe mittelst 25%iger Argyrollösung ein.

Harman (74) schätzt die Häufigkeit der Ophthalmoblennorrhoe in der Privatpraxis in London auf 0,843% und die Häufigkeit der Schädigung eines oder beider Augen unter 231 weiter verfolgten Fällen auf 5,4%. Er fordert Behandlung der Leukorrhoe in der Schwangerschaft, Scheidenspülungen während der Geburt und antiseptische Augeneinträufelung unmittelbar nach der Geburt.

Greene (65) fordert Durchführung der Prophylaxe in Anstalten und in der Privatpraxis, frühzeitige Anzeigepflicht der Geburten und aller Fälle von Augenentzündungen bei Kindern, endlich Verpflichtung des Pflegepersonals, in allen irgendwie verdächtigen und auch in den leichtesten Fällen von Erkrankung Fachärzte beizuziehen.

Mann (129) schätzt die gonorrhoischen Ophthalmien bei Neugeborenen auf etwa die Hälfte aller Ophthalmien.

Philippi (153) beobachtete auf der Strassburger Klinik von 16П mit Sophol prophylaktisch behandelten Kindern zwei Früh- und sechs Spätinfektionen, bei Silbernitrat-(2%) -Behandlung unter 7530 Kindern nur fünf Frühinfektionen.

Straub (192) glaubt eine von ihm beobachtete Keratitis mit ausgedehnten Nekrosen auf die prophylaktische Silbernitrateinträufelung zurückführen zu können. Er sieht das Wesentliche bei der Credéschen Prophylaxe in der sorgfältigen Reinigung der Augenlider und schlägt für diese Reinigung Kaliumpermanganat vor.

Weidenbaum (218) empfiehlt zur allgemeinen Prophylaxe in der Hebammenpraxis stets frische Lösungen durch Auflösen von Pastillen, die ausser 0,1 Kalisalpeter 0,1 Silbernitrat enthalten, in 10 ccm Wasser. In der Diskussion empfiehlt Becker 20%ige Protargollösung, weil 1%ige Lapislösung reizend wirken kann, und Hach empfiehlt das Hellendahlsche Verfahren mit Silberazetat.

Lindner (121) fand nach Tierversuchen, dass die Einschlussblennorrhoe der Neugeborenen (es wurde auch Virus aus den Genitalien Erwachsener verimpft) mit Trachom identisch ist.

Sattler (177) hält bei der gonokokkenfreien Ophthalmoblennorrhoe die Rolle der Chlamydozoen als Ursache für möglich und erklärt deren Nachweis als wichtiges diagnostisches Hilfsmittel in unsicheren Fällen von Trachom und gonokokkenfreier Neugeborenenblennorrhoe.

Sussmann (194) konnte unter 72 Fällen von Blennorrhoe und blennorrhoischen Katarrhen bei Neugeborenen 24 Einschlussblennorrhoen nachweisen und erklärt diese Erkrankungsform für eine selbständige, von Trachom und Gonoblennorrhoe verschiedene, die einer analogen Erkrankung der Schleimhaut der weiblichen Genitalien entspricht. Mikroskopisch liessen sich alle Stadien der Prowazek-Halberstädterschen Körperchen nachweisen. Klinisch unterscheidet sich die Erkrankung vor allem von den einfachen Katarrhen durch Sekretion wirklichen, aber dünneren Eiters als bei Gonoblennorrhoe, ferner durch Lidschwellung, erhebliche Rötung und Verdickung der Bindehaut, Neigung zu Blutungen, ferner von der Gonoblennorrhoe durch Verschontbleiben der Hornhaut und verlängerte Inkubation bis zu 5—10 Tagen. Deshalb sind die Spätinfektionen der Hauptsache nach Einschlussblennorrhoen. Unter Nichteinrechnung der blennorrhoischen Katarrhe erreicht die Einschlussblennorrhoe an Häufigkeit nahezu die Hälfte aller Blennorrhoefälle und diese Ziffer entspricht fast völlig der Frequenz der bisher ätiologisch nicht bestimmten, nichtgonorrhoischen Blennorrhoefälle.

Nabelschnurversorgung und Nabelinfektion.

Adair (5) fand in 20% der Kinder sofort nach der Geburt an dem unberührten Nabelstrang pathogene Bakterien. Die Abnabelungsmethode bestand in möglichst kurzer Abklemmung, Alkoholreinigung des Schnurrestes und der umgebenden Haut, Ersatz der Klemme durch Ligatur, in einer Reihe von Fällen ausserdem in Bepinselung des Schnurrestes und der Umgebung mit Jodtinktur, endlich in trockenem Gazeverband und Weglassen des Bades. Eine ernste Infektion des Nabels wurde nie beobachtet, obwohl in manchen Fällen pathogene Keime nachweisbar waren. Ikterus und Fieber ist jedenfalls in einer Anzahl von Fällen auf Nabelinfektion zurückzuführen.

In der Diskussion gibt Bacon an, bei möglichster Kürzung des Schnurrestes Alkoholwaschung und sterilem Verband auch unter Beibehaltung des Bades keine Nabelinfektionen gesehen zu haben; ein Fall von Tetanus durch Nabelinfektion in der Praxis einer Hebamme

wird erwähnt. Heaney hat bei Längerlassen des Nabelschnurrestes frühere Abstossung beobachtet als bei möglichster Kürzung, wenn der Mumifikationsprozess in gehöriger Weise vor sich ging; um letzteres zu bewirken, empfiehlt er möglichst langes Liegenlassen des Verbandes.

Bonnaire und Durante (23) beschreiben Fälle von Lungenaffektionen von der infizierten Nabelwunde aus, und zwar herdförmige Kongestion des Gewebes infolge Einwirkung der Toxine allein, ferner miliare Infarkte mit entzündlicher Umgebung, zuweilen zu hepatisierten Knötchen zusammenfliessend, ähnlich den bronchopneumonischen Herden, aber ohne Bronchialveränderungen, endlich narbige Stellen als Ausgang in Heilung. Infektion mit Staphylokokken neigt zu Lokalisation der Infektionsherde, dagegen bewirken Streptokokken oder Diplokokken schwere Septikämie. Bei 2603 Kindern wurde 832 mal Nabelinfektion beobachtet und unter den letzteren Fällen in $5^0/_0$ Lungenmetastasen.

Brütt (26) schlägt Umwickelung des Nabelschnurrestes mit Alkoholgaze, Umstreichung der Umgebung mit Mastisol, Aufkleben eines Gazestückes und Liegenlassen bis zum vierten Tage vor.

Nádory (143) empfiehlt nach Abwaschung der abzubindenden Partie der Nabelschnur mit $1^0/_{00}$ Sublimatlösung, die Unterbindung dicht an der Hautgrenze mit sterilem Seidenfaden und nach Abtrennung dicht an der Ligatur Bepinselung mit Jodtinktur und Verband. Das Baden braucht nicht ausgesetzt zu werden.

Raspini (165) fand die besten Resultate bei Desinfektion des Nabelstrangs mit Alkohol und Fortlassen des Bades, sowie ähnliche, wenn die Kinder nur abgewaschen und der Verband nicht täglich erneuert wurde. Das Hauptziel ist, möglichst bald Mumifikation zu erzielen, die Abfallszeit ist von geringerer Wichtigkeit.

Stoll (190) kontrollierte drei verschiedene Nabelbehandlungen und fand bei Verfahren nach Vorschrift des Hebammenlehrbuchs eine tödliche Nabelsepsis (unter 1846 Kindern). Auf Abklemmen hart vor der Hautgrenze und unmittelbarem Abtrennen entfielen drei Nachblutungen leichten Grades, auf Abklemmen und Durchtrennung 15 Minuten später zwei Nachblutungen. Der Nabelschnurabfall erfolgte erheblich rascher nach Abklemmung und sofortiger Durchtrennung.

Weisswange (221) quetscht die Nabelschnur mit zwei Kocherschen Klemmen durch, nabelt zwischen beiden ab und lässt das Kind mit liegender Klemme baden, benützt dann die freigewordene Klemme zur nochmaligen Quetschung $^1/_2$—1 cm vom Hautrand und unterbindet hierauf mit sterilem Catgut. Der Nabel wird dick mit Dermatol bepudert und dann mit steriler Gaze oder Watte bedeckt und verbunden. Das tägliche Bad wird keineswegs für schädlich gehalten — entgegen den Bestimmungen einiger Hebammenlehrbücher — und aus dem Baden oder Nichtbaden darf weder dem Arzt noch der Hebamme ein Vorwurf gemacht werden. Wenn das Baden in bezug auf Infektion gefährlich wäre, so würde dies vor allem beim erstmaligen Baden zutreffen.

Andere Infektionen.

Wolff (227) beobachtete Tetanus neonatorum bei Nabeleiterung; die Nabelschnur war am achten Lebenstage abgefallen, die Krämpfe traten am zweiten Tage nach dem Abfall auf. Heilung durch Antitoxin.

Lucksch (123) führt in einem Falle von Buhlscher Krankheit bei einem viertägigen Kinde die Symptome auf eine vom Darm aus entstandene Kolibakteriämie zurück. Eine Nabelinfektion war auszuschliessen. In der Diskussion betont Fischl die Möglichkeit, dass durch Staphylokokken- und Streptokokkeninfektion ähnliche Erscheinungen hervorgerufen werden können.

Hofmann (86) führt den Pemphigus der Neugeborenen auf reine Staphylokokkeninfektion zurück; die Dermatitis exfoliativa ist ätiologisch dem Pemphigus identisch.

Clippingdale (29) fand bei Sektion eines neugeborenen Kindes den Magen mit Blut gefüllt und in der Schleimhaut mehrere Ulzerationen mit Blutpunkten und führt diese Veränderungen auf akute Infektion durch verschluckten fötiden Schleim aus den Geschlechtsteilen der Mutter zurück.

Loevegren (122) fand bei der Sektion von drei Melaenafällen Blutungen, zum Teil nur mikroskopisch nachweisbar, sowohl im Verdauungskanal (Drüsenschicht und Submukosa) als in Nebennieren, Lunge und Pleura. In einem Falle konnte verlängerte Koagulationszeit des Blutes und abnormes Verhalten der roten Blutkörperchen beobachtet werden.

Nürnberger (147) fand bei tödlicher Melaena als Ursache eine Achsendrehung des Radix mesenterii mit Volvulus.

Schloss (179) hält für hämorrhagische Diathese Lues und Sepsis für die häufigste, Hämophilie für eine sehr seltene Ursache, bei Melaena beschuldigt er Magen- und Darmgeschwüre als Ursache.

Vogt (210) fand bei tödlicher Melaena im Duodenum $^1/_2$ cm unter dem Pylorus ein bis weit in die Muskularis reichendes rundes Geschwür von 5 mm Durchmesser.

Plötzliche Todesfälle.

Strassmann (191) räumt die Möglichkeit eines plötzlichen Todes durch Kompression der Trachea oder des Herzens und der grossen Gefässe seitens einer hypertrophischen Thymus ein, erklärt aber das Vorkommen dieser Todesart für sehr selten, indem er unter 240 Obduktionen plötzlich gestorbener Kinder nur einmal diese Todesursache vorfand.

Fuhrmann (59) führt den plötzlichen Tod Neugeborener auf ein Versagen der automatischen Herzganglien, nicht auf die hypertrophische Thymus zurück, weil es sich nicht um einen Erstickungs-, sondern um einen Herztod handelt.

Perez-Montant (151) beschreibt 10 Fälle von Thymustod, die er auf mechanischen Druck der Thymus auf Trachea, Gefässe und Nerven der oberen Brustapertur zurückführt.

Müller (141) führt den plötzlichen Thymustod mit Paltauf nicht auf die absolute Grösse, sondern auf die veränderte Funktion der Thymus zurück, die in einem Antigonismus zu der der Nebennieren steht.

Kerness (100) fand unter 242 in den ersten acht Lebenstagen gestorbenen Kindern 74,8% Frühgeborene, wovon 6,6% an Geburtstraumen (Wendung), 13,3% an Krankheiten der Eltern und 77,35% an Lebensschwäche starben. Von den ausgetragenen Kindern starben 34,4% an Geburtsschädigung (nach Wendung oder Zange, besonders hoher Zange), 18% an Krankheit der Eltern, 26,2% an Lebensschwäche und 13,1% an Missbildungen und postpartalen Krankheiten (Trachealstenose, Konvulsionen, Bronchopneumonie, Melaena).

Willson (224) beobachtete nach Zirkumzision am sechsten Tage heftige Blutung aus einer noch nicht verheilten Stelle, die trotz aller Mittel nach drei Tagen zum Tode führte; es wurde Hämophilie vermutet.

Anhang: Missbildungen.

1. Abels, H., Pathogenese der Mikromelie. Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 5. Heft 3.
2. Adams, J. E., Congenital coalescence of radius and ulna. R. Soc. of Med. Section for the study of disease in children. Sitzg. vom 28. Febr. Lancet. Bd. 1. p. 685.
3. Aepli, Fall von Amelus. Gyn. Helvet. 1912. Herbstausgabe. (Mangel beider Arme und der linken unteren Extremität mit Ausnahme von zwei Zehen, sowie des rechten Beins mit Ausnahme eines 2 cm langen, knorpeligen Gebildes.)
4. Alfaro, G. A., La patogenia y anatomia patologica de la miatonia congenita di Oppenheim. Semana med. Buenos Aires. Bd. 20. Nr. 13.
5. Andérodias, J., Malformation des voies aériennes et digestives supérieures chez un enfant nouveau-né; imperforation de l'oesophage et communication oesophago-trachéale. Soc. d'obst., de gyn. et de péd. de Bordeaux. Sitzg. vom 8. Juli. Journ. de méd. de Bordeaux. Bd. 84. p. 646.
6. Ansprenger, A., Missbildungen der männlichen Generationsorgane. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. Nr. 31. (Fehlen der linken Niere mit Ureter und Arterie und des linken Vas deferens und Samenblase bei vorhandenem Hoden und Nebenhoden, der aber — wie auch rechts — atrophisch war.)
7. Auché, B., und Lataste, Absence congénitale complète des muscles pectoraux d'un seul côte, avec ectrodactylie et hémiatrophie faciale légère. Journ. de méd. de Bordeaux. Bd. 84. p. 51.
8. Aulhorn, E., Fötus mit Steissteratom. Ges. f. Natur- u. Heilk. Dresden. Sitzg. vom 11. Jan. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 667.
9. Avé Lallement, G., Spalthand. Fortschr. d. Röntgenstr. Bd. 19. Heft 5.
10. Babonneix, L., Du rôle de la syphilis dans la production des malformations foetales. Gaz. des Hôp. Bd. 86. p. 2237. (Syphilis als Ursache für Missbildungen an der Hand einer Beobachtung als erwiesen anerkannt.)
11. Baetge, Eventratio diaphragmatica. Deutsches Arch. f. klin. Med. Bd. 110. Heft 1. (Entwickelungsanomalie der Lunge wird für primäre Veranlassung gehalten.)

12. Baisch, Die kongenitale radio-ulnare Synostose. Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. 31. Heft 1/2.
13. — K., Missbildung aus dem achten Monat der Schwangerschaft. Gyn. Ges. München. Sitzg. vom 12. Dez. 1912. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. p. 538. (Rachischisis und Meningocele kombiniert mit Symphysen- und Bauchspalte, ferner Mündung des Dünndarm in die ektopische, gespaltene Blase u. a.)
14. Balard, P., und C. Commes, Sur trois cas de dents à la naissance. Journ. de méd. de Bordeaux. Bd. 84. p. 263 u. 266.
15. Bamberg, K., und K. Huldschinsky, Über angeborene Knochenbrüchigkeit. Jahrbuch f. Kinderheilk. Bd. 78. Ergänzungsheft. (Drei Fälle.)
16. Bamberger, F., Kranioschisis und Rachischisis totalis; ein Fall zur Kasuistik. Inaug.-Diss. München 1912.
17. Bankart, A. S. B., Achondroplasia. R. Soc. of Med. Section of the study of disease in children. Sitzg. vom 28. März. Lancet. Bd. 1. p. 964.
18. Barach, Angeborene beiderseitige Klumpfüsse. Ges. d. Ärzte Wien. Sitzg. vom 17. Okt. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 26. p. 1773. (Zugleich Klumphände und symmetrische Kontrakturen in Schulter- und Ellbogengelenk.)
19. Bardachzi, Rudimentäre Verdoppelung der grossen Zehe. Wiss. Vereinigung deutsch. Ärzte in Böhmen. Sitzg. vom 20. Juni. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 1576.
20. Barrett, J. B., Child with webbed fingers and toes. R. Ac. of Med. in Ireland. Section of Surg. Sitzg. vom 10. Jan. Dublin Journ. of Med. Science. Bd. 134. p. 287.
21. Bassani, Zwillingsschwangerschaft. Acephalus acardiacus bei einem Zwilling. Ginec. Bd. 9. Nr. 15.
21a. Battle, W. H., Case of microglossia. R. Soc. of Med. Clinical Sect. Sitzg. vom 14. Nov. Brit. Med. Journ. Bd. 2. p. 1381.
22. Baudouin, Lebende Kraniopagen. Semaine méd. Bd. 33. Nr. 19.
23. Baudrimont, A., Sur un cas d'ectrodactylie (monodactylie du membre inférieur). Journ. de méd. de Bordeaux. Bd. 84. p. 99.
24. Bauer, Steissbeinteratom. Breslauer chir. Ges. Sitzg. vom 21. Juli. Zentralbl. f. Chir. Bd. 40. p. 1489.
25. Baumel, J., und J. Margarot, Un cas d'achondroplasie. Soc. des scienc. méd. de Montpellier. Revue de Chir. Bd. 48. p. 142.
26. Bellows, L. W., Maternal impressions. New York State Journ. of Med. Dez. 1912. (Zwei Anencephali, welche einer vom Ehemann geschnittenen Grimasse ähnlich gewesen sein sollen!!)
27. Benthin, Foetus amorphus. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 1. Febr. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. p. 523. (Mandarinengross, gestielt an der Plazenta in der Nähe der Nabelschnurinseriton sitzend.)
28. — Demonstration zweier grosser Nabelschnurhernien. Ebenda. p. 534. (v. Klein teilt in der Diskussion die Spontanheilung einer apfelgrossen Nabelschnurhernie unter Jodoformgaze- und Heftpflasterverband ohne Naht mit.)
29. — Vollständig nekrotisches, kleinkindskopfgrosses Steissteratom. Ebenda. (Kind totgeboren.)
30. Bergmann, A., Kongenitale Sakraltumoren. Arch. f. klin. Chir. Bd. 95. Heft 4. (Fünf Fälle.)
31. Bergmeister, R., Beiderseitige Ectopia lentis congenita. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. Sitzg. vom 6. März. Wiener med. Wochenschr. Bd. 63. p. 1074.
32. — Mikrophthalmie. Graefes Arch. Bd. 85. Heft 1.
33. Bermbach, Eine ausserordentlich seltene Missbildung. Ärztl. Sachverständ.-Zeitg. Bd. 19. p. 321. (Kraniopagi.)
34. Berry, J., und T. B. Legg, Harelip and cleft palate. London 1912. J. u. A. Churchill.
35. Bertolotti, Interprétation des variétés morphologiques basée sur l'ontogenèse. Presse méd. Bd. 21. Nr. 53. (Achondroplasie.)
36. Bibergeil, Spina bifida occulta. Ges. d. Charitéärzte, Berlin. Sitzg. vom 5. Juni. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 1704 u. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 1481.
37. — Seltene Fussdeformität. Berl. orthopäd. Ges. Sitzg. vom 3. Nov. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 2426. (Pes metatarsus supinatus, Dysplasie des Mittelfusses, Myelodysplasie, Spina bifida occulta.)
37a. Bilsted, Foetus papyraceus. (Demonstration.) Ges. f. Gyn. u. Obst. 9. April. Ref. Ugeskrift for Laeger. Kopenhagen. p. 2030. (O. Horn.)

38. Bittner, Angeborener Hochstand der rechten Skapula. Ärztl. Verein Brünn. Sitzg. vom 13. Jan. Wiener med. Wochenschr. Bd. 63. p. 1255.
39. Boas, D. B., Angeborenes familiäres Ödem der unteren Gliedmassen. Tijdschr. v. Geneesk. Nr. 10.
40. Böhi, P., Ein Fall von Geburtshindernis, bedingt durch übermässige Dilatation der fötalen Harnblase, mit gleichzeitiger Ruptur derselben. Arch. f. Gyn. Bd. 101. p. 700. (Ureteren in den unteren Partien dilatiert, Nieren gut entwickelt und funktionsfähig, einige Stauungszystchen enthaltend, enorm dilatierte, aus drei Divertikeln bestehende Harnblase, Urethra rudimentär angelegt, äussere Genitalien rudimentär, fötale Anlage der Scheide und des Uterus, Adnexe fehlend, Rektum blind endigend.)
41. Böhm, Angeborene Entwickelungsfehler des Rumpfskeletts. Berl. orthop. Ges. Sitzg. vom 7. Juli. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 1767 u. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 1946.
42. Böhmig, Angeborene Gaumenspalte. Med. Ges. Chemnitz. Sitzg. vom 19. März. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 1292.
43. Boggs, T. R., Multiple congenital osteochondromas with degeneration of cranial nerves and muscular dystrophy. Bull. of Johns Hopkins Hosp. Bd. 24. Nr. 269. (Familiär ererbt.)
44. Boit, Chondrodystrophia foetalis hyperplastica. Verein f. wissensch. Heilk. Königsberg. Sitzg. vom 3. Febr. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 567.
45. Bonsmann, Über nachträgliche Überhäutung von Myelomeningocelen. Virchows Arch. Bd. 213. Heft 1.
46. Bovin, E., Angeborene Ösophagusatresie. Hygiea. 1912. p. 807. (Mündung in die Trachea.)
47. — Fall von vollständiger Eventration. Ebenda. p. 1277.
47a. Boudarew, Kongenitale Nierendystopie. Wratsch. Gaz. Nr. 30. Sitzungsber. d. chir. Ges. zu Kiew. (H. Jentter.)
48. Box, C. R., Congenital family cholemia. Proc. of R. Soc. of Med. Sect. for the study of Dis. in children. 1912. VI. Nr. 8.
49. Brandes, Ossärer kongenitaler Schiefhals. Med. Ges. Kiel. Sitzg. vom 7. Nov. 1912. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 104.
50. Brennemann, J., Congenital atresia of the esophagus. Amer. Journ. of Dis. of children. Bd. 5. p. 143.
51. Broca, A., Spina bifida occulta. Presse méd. Bd. 21. Nr. 87.
52. Brouwer, Anencephalie. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. Nr. 7. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 1801. (Als Produkt eines fötalen Entzündungsprozesses angesehen.)
53. Brückner, Skaphoide Form des Schulterblattes. Vereinig. sächs.-thüring. Kinderärzte. Dresden. Sitzg. vom 18. Mai. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 1623.
54. Brüning, Chondrodystrophia foetalis. Ärzteverein Rostock. Sitzg. vom 12. April. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 1746.
55. Buday, K., Über eine hochgradige Entwickelungsstörung der Niere bei einem Neugeborenen in Verbindung mit anderen Entwickelungsfehlern (Laryngealstenose, Verkrümmung des Unterschenkels. Virchows Arch. Bd. 213. Heft 2/3. (Hypoplasie beider Nieren, die nur bohnengross waren.)
56. Buerger, L., A case of imperforate anus with vaginal outlet of the rectum. New York Ac. of Med. Sect. on Surg. Sitzg. vom 7. Febr. Med. Record. New York. Bd. 83. p. 589.
57. Bunde, G., Über einen Fall von medianer Halsfistel. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 545.
58. Bursche, E., Zwei Fälle von operiertem Gehirnbruch. Przeglad chir. i gin. Bd. 7. Ref. Zentralbl. f. Chir. Bd. 40. p. 830.
59. Bychowsky, Fall von angeborener Ellbogenankylose eines an Wachstum zurückgebliebenen und missbildeten Armes. Zeitschr. f. orthopäd. Chir. Bd. 31. Heft 3/4. (Verkürzung des Humerus, Fehlen des Daumens etc.)
60. Cardamatis, Über Osteogenesis imperfecta. Berl. orthop. Ges. Sitzg. vom 6. Jan. Med. Klinik. Bd. 9. p. 275.
61. Chiari, Familiäre Chondrodystrophia foetalis. Unterelsäss. Ärzteverein. Sitzg. vom 30. Nov. 1912. Med. Klinik. Bd. 9. p. 116. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 248.

62. Chitty, H., Congenital absence of the ulna. Bristol. med.-chir. Soc. Sitzg. vom 14. März. Brit. med. Journ. Bd. 1. p. 717. (Zugleich Fehlen von zwei Fingern und ihrer Metakarpalknochen.)
63. Christ, Angeborene Abnormitäten. Ärzteverein Wiesbaden. Sitzg. vom 18. Dez. 1912. (Fehlen der Haarkeimanlage, der Schweissdrüsen und zum Teil der Zahnkeime. Xeroderma pigmentosum, familiäres Vorkommen.)
64. — J., Über die kongenitalen ektodermalen Defekte. Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 116. Heft 3.
65. Clark, H. C. und C. Z., und A. G. Farmer, Case of congenital cyst of thyreoid. Amer. Journ. of Dis. of Children. Chicago. Bd. 6. Nr. 6.
66. Coates, Congenital mesoblastic strand adhering to and penetrating the cornea. R. Soc. of Med. Sect. on Ophthalm. Sitzg. vom 5. Febr. Brit. med. Journ. Bd. 1. p. 342.
67. Cockayne, E. A., Constriction of the arm by amniotic bands. R. Soc. of Med. Sect. for the study of disease in children. Sitzg. vom 24. Okt. Lancet. Bd. 2. p. 1391.
68. Codet-Boisse, Fistule congenitale du cou. Soc. d'obst., de gyn. et de péd. de Bordeaux. Sitzg. vom 28. Jan. Journ. de Med. de Bordeaux. Bd. 84. p. 266.
69. Coenen, Rechtsseitige quere Wangenspalte (Makrostomie) und Missbildung der rechten Ohrmuschel und Hypoplasie der ganzen rechten Gesichtshälfte. Schles. Ges. f. vaterl. Kultur. Sitzg. vom 4. Juli. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 1589.
70. Concetti, Amioplastica congenita familiare. Riv. osped. Bd 3. Nr. 15.
71. Corbetta, G., Kongenitales zystisches Lymphangioma colli. Gazz. degli osped. e d. clin. Bd. 34. Nr. 104.
72. Cotterill, D., Note on a case of Amyotonia congenita. Edinb. Med. Journ. N. S. Bd. 10. p. 519.
73. Cramer, Anatomie der Spina bifida occulta. XII. Kongr. d. Deutsch. Orthopäd. Ges. Berlin. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 817 u. Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. 32.
74. — Kongenitaler Kukullarisdefekt. Arch. f. Orthop., Mechanother. u. Unfallheilk. Bd. 12. Heft 1/2.
75. Creite, Beiderseitige runde Deviation des kleinen Fingers nach der Daumenseite. Med. Ges. Göttingen. Sitzg. vom 26. Febr. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 1076.
76. Crookshank, F. G., und S. A. Boyd, Congenital thoracic deformity. R. Soc. of Med. Sect. of the study of disease in children. Sitzg. vom 28. März. Lancet. Bd. 1. Bd. 1. p. 963. (Partieller Rippendefekt.)
76a. — und L. E. C. Norbury, Bilateral congenital dislocation of the hip. R. Soc. of Med. Sect. of dis. of childr. Sitzg. vom 28. Nov. Brit. Med. Journ. Bd. 2. p. 1586.
77. Delle Chiaje, J., Torsion der Nabelschnur und Tod des Fötus. Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd. Bd. 8. Nr. 3. (Viermonatiger Fötus, Abschnürung des rechten Beines durch Nabelschnurschlinge.)
78. Delrez, L., Les formations branchiogènes du cou. Arch. gén. de Chir. Bd. 7. Nr. 1.
79. Dowd, Ch. N., Hygroma cysticum colli. Annals of Surg. Bd. 58. p. 112 u. 281.
80. Dubreuil-Chambardel, L., La scoliose congénitale liée à la présence d'une hémivertèbre. Arch. gén. de chir. Bd. 7. Nr. 7.
81. Dziewonski, W., Während der Geburt rupturierter Hydrocephalus. Przegl. lék. Nr. 23. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 1908.
82. Ebstein, E., Zur Polydaktylie in der Familie Bilfinger. Klinik f. psych. u. nerv. Krankh. Bd. 8. Heft 1. (Keine Vererbung!)
83. Eckstein, Doppelseitige Hüftgelenksluxation, doppelseitige Klumpfüsse und Hyperextension beider Ellenbogengelenke. Verein deutscher Ärzte Prag. Sitzg. vom 7. Febr. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 470.
84. Edington, G. H., Congenital occlusions of esophagus and lesser intestine. Glasgow Med. Journ. Bd. 80. Nr. 1.
85. Eisenbach, M., Angeborene multiple Hautgeschwülste. (Angiofibrosarkom der Haut mit abnormer Pigmentierung der Haut.) 85. Vers. deutsch. Naturf. u. Ärzte. Wien. Abteil. f. Geb. u. Gyn. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 1562.
85a. Ekdeschmann, Ein Fall von Hemicephalus. Wratsch. Gaz. Nr. 17. Sitzungsber. des Ärztevereins zu Odessa. (H. Jentter.)
85b. — Eine Frucht mit kongenitaler Atrophie des Augapfels. Wratsch. Gaz. Nr. 17. Sitzungsber. d. Ärztevereins zu Odessa. (H. Jentter.)

86. Elperin, S., Ein Fall von angeborenem Defekt des Ductus choledochus aus mechanischer Ursache. Frankfurter Zeitschr. f. Path. Bd. 12. Heft 1. (Durch Druck seitens der deformierten basalen Leberlappen.)
87. Elschnig, Bisher noch nicht beschriebene Bildungsanomalie der Augenlider und des Bulbus. Wissensch. Ges. f. deutsch. Ärzte in Böhmen. Sitzg. vom 21. Nov. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 2867. (Direkter Übergang des Oberlids auf den Bulbus, derbe dicke Haut an Stelle der Konjunktiva, wahrscheinlich Fehlen der Iris.)
88. Elwenfried, A., Occurrence and etiology of club-foot. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 59. p. 1940.
89. Enderlen, Angeborene Dünndarmstenose. Würzburger Ärzteabend. 11. März. Münch. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 1179.
90. Epstein, Angeborener Defekt der Gallenausführungsgänge. Wissensch. Ges. deutsch. Ärzte in Böhmen. Sitzg. vom 14. Febr. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 563.
91. Estor, E., und E. Etienne, Les faux spina-bifida. médullomes ou médulo-embryomes. Revue de Chir. Bd. 47. p. 785.
92. Etienne und Aimes, Un cas de tératome de la region sacrococcygienne à évolution maligne. Soc. des sciences méd. de Montpellier. Revue de Chir. Bd. 47. p. 915.
93. Evans, E. L., Congenital dislocation of the hip. Harveian Soc. of London. Sitzg. vom 8. Mai. Lancet. Bd. 5. p. 1457.
94. Exchaquet, L., A propos d'un cas de maladie de Hirschsprung. Revue suisse de méd. Nr. 13.
95. Fago, Contributo allo studio sul megacolon congenito. Gazz. degli osped. e d. clin. p. 29.
96. Falk, E., Fötale Entwickelungsstörungen an Becken und Wirbelsäule als Ursache von Deformitäten. Berl. orthopäd. Ges. Sitzg. vom 6. Jan. Med. Klinik. Bd. 9. p. 274 u. Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. 31. Heft 3/4.
97. Feutelais, Cas de scoliose congénitale. Revue d'orthopédie. Nr. 4.
98. Fievez, R., Myatonia congenita. Le Scalpel. 23. Febr.
99. Finken, H., Die fötale Hydrocephalie in geburtshilflicher Beziehung. Inaug.-Diss. München 1912. (Häufigkeit 1 : 1029 Geburten in der Münchener Frauenklinik.)
100. Fischer, B., Kongenitale Stenose des Conus arteriosus. Ärztl. Verein Frankfurt a. M. Sitzg. vom 17. Febr. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 609.
101. Fockens, Angeborene Dünndarmatresie. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1911. I. Nr. 18.
102. Forssner, Hj., Zur Pathogenese der angeborenen Darm- und Ösophagusatresie. Arch. f. klin. Chir. Bd. 100. Heft 2.
103. — Ein neuer Beitrag zur Pathogenese der angeborenen Darmatresien. Zentralbl. f. Chir. Bd. 40. p. 193. (Durch hyperplastische Entwickelung der Mesenchymzapfen erklärt.)
104. — Anus vestibularis. Schwed. geb.-gyn. Sekt. Sitzg. vom 22. März 1912. Gyn. Rundschau. Bd. 7. p. 268.
104a. — Ein angeborener Sakraltumor, der Rektum und Urethra vollständig komprimierte. Verhandl. der obst.-gyn. Sekt. d. Gesellsch. schwed. Ärzte. Stockholm. Hygiea. Nr. 9. (Neugeborenes Kind mit zystischem Sakraltumor; Exstirpation von Hinterdamm. Das Kind starb 12 Stunden nach Operation. Die Autopsie erwies eine Perforation der Harnblase, wahrscheinlich durch die enorme Ausspannung der Harnblase aufgetreten.) (Silas Lindqvist.)
105. Foot, N. C., Case of Amyotonia congenita with autopsy. Amer. Journ. of Dis. of Childr. Chicago. Bd. 5. Nr. 5.
106. Fraenkel, E., Röntgenologische Untersuchungen bei einem Falle von Osteogenesis imperfecta. Zeitschr. f. Röntgenk. und Radiumforschung. Bd. 25. Heft 6.
107. Fränkel, J., Angeborener Klumpfuss. Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. 32.
108. Frank, Seltenheiten aus der Praxis. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. Nr. 21. (Hämangiom des Arms als Geburtshindernis.)
109. — Über Atresia ani. Ges. f. Geb. u. Gyn. Köln. Sitzg. vom 12. Febr. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Ergänzungsheft. p. 340.
110. Fraser, J., und J. W. L. Spence, Unique case of congenital scoliosis. Arch. of Ped Bd. 30. Nr. 4.
111. Freund, L., Kongenitale Fingerkontraktur. Ges. d. Ärzte Wien. Sitzg. vom 5. Dez. Wiener med. Wochenschr. Bd. 63. p. 3245.
112. Freund, W. H.. Thorakopagus. Unterelsäss. Ärzteverein Strassburg. Sitzg. vom 8. Nov. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 2306.

113. Garcia, P. J., Kongenitale Herzfehler. Semana med. Buenos Aires. Bd. 22. Nr. 3.
114. Gebhardt, Zwei Fälle von Doppelbildungen der Zehen. Arch. f. Orthop., Mechanoth. u. Unfallchir. Bd. 12. Heft 1/2.
115. Geiges, F., Ätiologie des Klauenhohlfusses. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 84. Heft 3. (Auf Spina bifida occulta zurückgeführt.)
115a. Gerdes, J. U., Et Tilfaelde af Pseudohermaphroditismus femininus externus. (Ein Fall von Pseudohermaphroditismus femininus externus.) Hospitalstidende. Kopenhagen. p. 1391—1397. (O. Horn.)
116. Ginzburg, Ptosis congenita mit kollateraler Vererbung. Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. April.
117. Göbel, Fall von kongenitalem Fehlen der Gallenblase. Breslauer chir. Ges. Sitzg. vom 10. Febr. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 515.
118. Götz, Fall von beiderseitiger Choanalatresie beim Neugeborenen. Zeitschr. f. Ohrenheilk. u. f. d. Erkrankungen d. Luftwege. Bd. 48. p. 43.
119. Goldreich, A., Angeborener partieller Riesenwuchs. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. Sitzg. vom 6. Nov. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 26. p. 2015. (Stärkere Entwickelung der rechten unteren Extremität.)
120. Gourdon, J., Luxation sterno-claviculaire bilatérale d'origine congénitale. Revue d'orthop. Nr. 4.
121. Greiffenhagen, Angeborener Steissbeintumor. Ges. prakt. Ärzte Reval. Sitzg. vom 7. Mai. St. Petersb. med. Zeitschr. Bd. 38. p. 54.
122. Grödel, Th., und J. G. Mönckeberg, Kongenitale Pulmonalstenose. Zentralbl. f. Herz- u. Gefässkrankh. Nr. 1.
123. Groves, E. H., Absence of both fibulae. Brit. Journ. of Surg. Bd. 1. Nr. 1.
124. — An unusual case of syndactylism. Brit. Journ. of Surg. Bd. 1. Nr. 1.
125. Grusdew, W. S., Atresia ani vaginalis. XII. Pirogowscher Kongr. russ. Ärzte. St. Petersburg, geb.-gyn. Sektion. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 1593.
126. Günther, H., Über angeborene Kinnscharten und Kinnfurchen, sowie einige andere Missbildungen im Bereiche des I. Kiemenbogens. Zieglers Beitr. z. path. Anat. u. allg. Path. Bd. 55. Heft 3.
127. Guisez, Les sténoses congénitales de l'oesophage. Presse méd. Nr. 27.
128. Guyot, J., Méningo-encéphalocèle occipitale traitée par les ponctions répétées et la compression continue. Soc. anat.-clib. de Bordeaux. Sitzg. vom 30. Juli. Journ. de méd. de Bordeaux. Bd. 84. p. 659.
129. — und Charbonnel, Absence bilatérale du péroné. Soc. obst. de Bordeaux. Sitzg. vom 24. Okt. 1911. Annales de Gyn. et d'obst. 2. Serie. Bd. 10. p. 163.
130. — und Jeanneney, Un cas de gampsodactylie totale et bilatérale. Soc. anat.-clin. de Bordeaux. Sitzg. vom 19. Mai. Journ. de méd. der Bodeaux. Bd. 84. p. 595.
131. v. Hacker, Angeborener Schulterhochstand. Ärzteverein Steiermark. Sitzg. vom 25. April. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 26. p. 1680.
132. Hadda, S., Der totale angeborene Rippendefekt. Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. 31. Heft 1/2. (Als Teilerscheinung einer ausgedehnten Missbildung erklärt.)
133. Haeberle, Über angeborene Pulmonalatresie und Aortenstenose. Bayr. Ges. f. Geb. u. Gyn. Sitzg. vom 9. Febr. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. p. 864 u. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 75. p. 124. (Zwei Fälle, einmal Pulmonalatresie, einmal Aortenstenose betreffend.)
134. — A., Ein Fall von Doppelmissbildung. Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. 18. p. 39. (Dicephalus tribrachius.)
135. Haitschmann, W. J., Fall von Anus vulvaris. Shurn. akusch. i shensk. bolesn. 1912. p. 203. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 835.
136. Hanson, D. S., Geburtskomplikation durch Anomalie des Fötus. Cleveland Med. Journ. Mai. (Fehlen der Bauchdecken und der Nabelschnur, rechter Arm von der rechten Hüfte ausgehend, rechter Femur auswärts rotiert, linker Arm fehlend.)
137. Harbitz, F., Ein Fall von Mikrocephalie. Frankfurter Zeitschr. f. Path. Bd. 13. Heft 2.
138. Harman, N. B., Congenital deformity of both upper extremities and of the external recti muscles of each eye. West London Med.-Chir. Soc. Sitzg. vom 3. Jan. Lancet. Bd. 1. p. 100.
139. Harries-Jones, E. H., Cases of congenital ocular lesions. Proceed. of the R. Soc. of Med. Ref. Med. Record. New York. Bd. 84. p. 1128.

140. Hart, B., Achondroplasia. Edinb. Obst. Soc. Sitzg. vom 11. Juni. Lancet. Bd. 1. p. 1804.
141. — On the pressure experienced by the foetus in utero during pregnancy; with special reference to achondroplasia (Chondrodystrophia foetalis). Edinb. Med. Journ. N. S. Bd. 10. p. 496. (Sucht die Ursache in mangelhaftem Wachstum derjenigen Knochen, welche frühe endochondrale Ossifikation erfahren — Gliedmassen, Rippen, Beckenknochen, basio-okzipitale Knochen — und nicht in der Erhöhung des intraamnialen Druckes nach Jansen.)
142. Hart, C., Zur Kasuistik des Situs inversus partialis abdominis. Arch. f. Verdauungskrankheiten. Bd. 19. Heft 2.
143. Hayaski, und Matsuoka Angeborene Missbildungen, kombiniert mit der kongenitaklen Hüftverrenkung. Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. 31. Heft 3/4. (Kombiniert Klumpfuss und Genu recurratum.)
144. — — Über die Erblichkeit der angeborenen Hüftgelenksverrenkung. Ebenda.
145. Haynes, I. S., Congenital internal hydrocephalus. Annals of Surg. Bd. 57. p. 449 u. 590.
146. Heath, Congenital cyst in the parotid region. R. Soc. of Med. Clin. Section. Sitzg. vom 11. April. Lancet. Bd. 1. p. 1096.
147. Hecker, Angeborene Missbildung des Herzens (Cor triloculare biatriatum.) Ges. f. Kinderheilk. München. Sitzg. vom 14. März. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 1178.
148. Heijl, K., Weitere Untersuchungen über die akardialen Missgeburten. Arch. f. Kinderheilk. Bd. 60/61. Festschr. f. Baginsky. Frankfurter Zeitschr. f. Path. Bd. 13. Heft 3. (Drei Fälle.)
149. Hermanides, Dextrokardie. Tijdschr. v. Geneesk. Nr. 21.
150. Hesse, F. A., Kongenitaler Fibuladefekt. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 122. p. 478.
151. Heylmun, W. R., Fact versus maternal impression. Kansas Med. Soc. Journ. Bd. 13. Nr. 11.
152. Heyn, A., Steisstumor. Gyn. Ges. Breslau. Sitzg. vom 26. Nov. 1912. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 496 u. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 73. p. 469. (Bei Hydramnios.)
153. Heynemann, Stereoskopische Röntgenbilder von Missbildungen. Verhandl. d. Deutsch. Ges. f. Gyn. XV. Kongr. Leipzig. p. 471.
154. Hildebrand, Osteogenesis imperfecta und Chondrodystrophie. Ärztl. Verein Marburg. Sitzg. vom 8. Febr. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 955.
155. — Lippenkieferspalte. Berl. Ges. f. Chir. Sitzg. vom 28. Juli. Zentralbl. f. Chir. Bd. 40. p. 1817. (Der breite Zwischenkiefer war in vier Teile geteilt.)
156. Hinterstoisser, H., Angeborener partieller Riesenwuchs. Arch. f. klin. Chir. Bd. 102. Heft 1. (Rechter Zeige- und Mittelfinger.)
157. Hiromoto, B., Statistik der angeborenen Missbildungen in Japan. Arch. f. Orthop., Mechanotherap. u. Unfallheilk. Bd. 12. Heft 3. (Ergab dieselben Verhältnisse wie in Europa.)
158. Hirsch, M., Angeborene Sakralgeschwulst. Ges. d. Ärzte Wien. Sitzg. vom 5. Dez. Wiener med. Wochenschr. Bd. 63. p. 3245.
159. — Linksseitiger Thoraxdefekt und Schulterblatthochstand. Berl. orthopäd. Ges. Sitzg. vom 3. Nov. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 2426.
160. Hochsinger, Fall von Turmschädel. 85. Vers. deutsch. Naturf. u. Ärzte. Abteil. f. Kinderheilk. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 2373. (Angeborene Verknöcherung der Koronalnaht, Exophthalmus.)
161. Hoffmann, Seltener Fall von Syndaktylie. Ges. prakt. Ärzte zu Reval. Sitzg. vom 6. Febr. 1912. St. Petersb. med. Zeitschr. Bd. 38. p. 27. (Verwachsung der Endphalangen des vierten und fünften Fingers.)
162. Hoguet, J. P., Spina bifida. New York Ac. of Med. Sect. on Surg. Sitzg. vom 3. Okt. Med. Record. Bd. 84. p. 823.
163. v. Holwede, Mikromelie. Ärztl. Kreisverein Braunschweig. Sitzg. vom 26. April. Med. Klinik. Bd. 9. p. 1347.
164. Horváth, M., Lymphangioma colli cysticum als Geburtshindernis. Gyn. Sect. d. ungar. Ärztevereins Budapest. Sitzg. vom 3. Dez. 1912. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 1039.
165. — Foetus papyraceus. Aus der Sitzg. der gyn. Sekt. des kgl. Ärztevereins am 3. Dez. 1912. Ref. Orvosi Hetilap. Gyn. Nr. 1. (Bericht über einen Fall von Foetus papyraceus.) (Temesváry.)

166. Howie, J. L., Congenital defect of the external ear. Scott. Otol. and Laryng. Soc. Sitzg. vom 31. Mai. Lancet. Bd. 1. p. 1666.
167. Hubbard, J. C., An unusual obstetrical history. Boston Med. and Surg. Journ. Bd. 168. p. 459. (Ein Kind mit kongenitalem Ikterus und zwei Kinder mit kongenitalem Aszites.)
168. Jacob, Malformation de l'articulation coxa-femorale. Soc. de Chir. Paris. Sitzg. vom 24. Dez. Gaz. des Hôp. Bd. 86. p. 2341. (Völlige Abwesenheit des Gelenks, auf eine schwere Diphtherie zurückgeführt, die die Mutter im dritten Schwangerschaftsmonat durchgemacht hat.)
169. Jaksch, R. v., Myatonia congenita. Wissensch. Ges. deutsch. Ärzte in Böhmen. Sitzg. vom 6. Dez. 1912. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 107.
170. Jansen, M., Das Wesen und Werden der Achondroplasie. Stuttgart, F. Enke u. Zeitschrift f. orthop. Chir. Bd. 32. (Auf abnormen intrauterinen Druck zurückgeführt.)
171. — Achondroplasia, its nature and its cause; a study of the stunting of growth in embryonic cell groups caused by amnion-pressure in the different stages of the development of the skeleton (anencephaly, achondroplasia, kakomelia). London 1912. Baillière, Tindall and Cox.
171a. Jaroschy, W., Zur Kenntnis der klinischen Bilder der Chondrodystrophia foetalis. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 83. Heft 2.
172. Jefferiss, J., Undeveloped large intestine. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 712. (Teilweises Fehlen des Dickdarms.)
173. Johnston, T. B., und A. A. Morison, Cloacal vesical exstrophy in the female. Edinb. Obst. Soc. Sitzg. vom 12. Nov. Lancet. Bd. 2. p. 1547. (Zugleich Vagina duplex, Mündung des rechten Ureters in die rechte Scheide mit rechtsseitiger Hydronephrose, Klaffen der Symphyse.)
174, Jonkers, F., Situs transversus viscerum. Tijdschr. f. Geneesk. Nr. 21.
175. Jordan, W. H., Congenital stricture of the prostatic urethra with bladder hyperplasia, ureteral dilatation and multiple abscesses of both kidneys. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 61. p. 244. (Mit Sektion.)
176. Joseph, B., Study of Mesorachischisis (Spina bifida occulta). Amer. Journ. of diseases of children. Chicago. Bd. 5. Nr. 4.
177. Ipsen, C., Ein Fall von fötaler vollständiger Atresie des Aortenostiums mit Stenose der aufsteigenden Brustaorta und Hypoplasie des linken Ventrikels und Vorhofs auf dem Boden einer angeborenen Endokarditis. VIII. Tagung der Deutsch. Ges. f. gerichtl. Med. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. u. öff. Sanitätswesen. 3. Folge. Bd. 45. I. Supplementheft. p. 207. (Allgemeine Zyanose, die auf fahrlässige oder absichtliche Erstickung zu deuten schien, so dass gerichtliche Sektion beantragt wurde; Sektionsbefund.)
178. Isakowitz, W., Eventration und Nabelschnurbruch. Inaug.-Diss. Berlin.
179. Iwanow, N. S., Besonderheiten des Geburtsverlaufs bei fötalen Missbildungen. Shurn. akusch. i shensk. bolesn. 1912. p. 715. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 709. (48 Fälle von Hydrocephalie, 47 von Mikro-, Anencephalie und Hemiencephalie, ferner ein Steissteratom und ein Fall von angeborener Rachitis.)
180. Karger, Gaumenspalten. Berl. Ges. f. Chir. Sitzg. vom 10. Nov. Zentralbl. f. Chir. Bd. 41. p. 235.
181. Kaiser, Angeborene Missbildung. Ges. f. Natur- u. Heilk. Dresden. Sitzg. vom 11. Okt. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 2859. (Vollständige Ectopia cordis.)
182. Kalmanowitsch, F., Schwere Veränderungen der Extremitäten eines Neugeborenen als Folge der Geburt bei Uterus bicornis unicollis. Gyn. Rundschau. Bd. 7. p. 512. (Spitzwinklige Flexion der Femora mit Kontraktur, ebenso der Knie, Equinovarusstellung der Füsse, Hyperpronation der rechten Hand, Mikrognathie.)
183. Kaneko, K., Congenital lateral curvature of spine. Amer. Journ. of Orthop. Surg. Bd. 10. Nr. 3.
184. Kardamatis, Anatomische Befunde bei Osteogenesis imperfecta. Berl. orthop. Ges. Sitzg. vom 6. Jan. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 483 u. Virchows Arch. Bd. 212. Heft 3.
185. Kassowitz, M., Rachitis congenita. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 27. Heft 3.
186. Kato, Y., Über angeborenen Relief- und Leistenschädel bei Spina bifida und Encephalocele. Virchows Arch. Bd. 211. Heft 3.
187. Kauffmann, F., Zur Kasuistik der kongenitalen Skoliose. Zeitschr. f. orthopäd. Chir. Bd. 31. Heft 1/2.

188. Kirmisson, Imperforation anale avec abouchement dans l'urètre chez un garçon et à la vulve chez une fille. Soc. de Chir. Paris. Sitzg. vom 12. Nov. Gaz. des Hôp. Bd. 86. p. 2067.
189. — E., Surélévation congénitale de l'omoplate gauche. Revue d'orth. Nr. 1.
190. — Absence congénitale des deux rotules. Revue d'orth. Nr. 1.
191. — und Bailleul, Les difformités des orteils. Revue d'orthop. Nr. 2. (Unter 344 Fällen 17 kongenitale.)
192. Klestadt, Gesichtsspaltenzysten. Breslauer chir. Ges. Sitzg. vom 21. Juli. Zentralbl. f. Chir. Bd. 40. p. 1489.
193. Klotz, R., Ein Fall von Acardiacus anencephalus mit partiellem Defekt beider Müllerscher Fäden. Arch. f. Gyn. Bd. 101. p. 537.
194. Knoop, Ösophagusatresie mit Ösophagotrachealfistel. Niederrhein.-westfäl. Ges. f. Gyn. u. Geb. Sitzg. vom 1. Dez. 1912. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. Ergänzungsheft. p. 373.
195. Koch, G., Myatonia congenita. Südwestdeutsche u. niederrhein.-westf. Vereinig. f. Kinderheilk. Wiesbaden. 13. April. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 870.
196. König, Angeborener Schulterblatthochstand. Mittelrhein. Chirurgenvereinig. Sitzg. vom 7. Juni. Zentralbl. f. Chir. Bd. 40. p. 1186.
197. Koeppe, Angeborener Herzfehler. Med. Ges. Giessen. Sitzg. vom 25. Febr. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 1021.
198. Kollert, Skaphoides Schulterblatt. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 25. Nr. 51. (Intrauterin entstandene Abnormität.)
199. Kondring, H., Basale sphenoorbitale Meningocele. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. p. 170.
200. — Neugeborenes mit medianer Spaltung des Gesichtes, der sog. „Doggennase". Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 15. März. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. p. 680. (Mediane Kieferspalte, Fehlen von Zwischenkiefer und Vomer; Eltern im II. (?) Grade blutsverwandt; die Mutter hatte schon ein Kind mit derselben Missbildung geboren.)
201. Koplik, H., Spasm of pylorus and congenital pyloric stenosis. New York Med. Journ. Bd. 97. p. 57.
202. Kotzenberg, Myxoedema congenitale. Ärztl. Verein Hamburg. Sitzg. vom 28. Jan. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 325.
203. Krasnogorski, Beitrag zum Studium des Baues der kongenitalen Strumen. Virchows Arch. Bd. 213. Heft 1.
204. Kreiss, Ph., Thoracopagus parasiticus mit supraumbilikaler Insertion. Gyn. Ges. Dresden. Sitzg. vom 20. Febr. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 1153.
205. — Linksseitiger Rippendefekt. Gyn. Ges. Dresden. Sitzg. vom 20. Febr. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 1152.
206. — Eine seltene Missbildung des Thorax. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 1435. (Thorakoschisis und Rippendefekte.)
207. Kreitmair, Brachydaktylie. Nürnberger med. Ges. u. Poliklinik. Sitzg. vom 13. Nov. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 2430.
208. Kröner, M., Über den Geburtsverlauf bei okzipitalen und dorsalen Meningocelen. Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. 18. p. 364.
209. Kroner, Angeborener Defekt der Kniescheibe bei Vater und Sohn. Berl. militärärztl. Ges. Sitzg. vom 21. Nov. 1912. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 293.
210. Krakiewicz, A., Fall von Situs viscerum inversus completus. Virchows Arch. Bd. 211. Heft 3 u. Przegl. lek. Nr. 1.
211. Künne, B., Die Kombination der angeborenen Luxation des Radiusköpfchens mit der Littleschen Krankheit. Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. 31. Heft 1/2.
212. — Die angeborene Hüftgelenksluxation. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 353. (Übersichtsreferat.)
213. Kuester, H., Intrauterine Amputation des Oberschenkels mit Verschluss von Harnröhre und Mastdarm. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 73. p. 554. (Hochrote Granulationsstelle am Stumpf des linken Oberschenkels; enorm gefüllte Harnblase und maximale Mekoniumfüllung des Darms.)
214. Küttner, Angeborener Turmschädel. Breslauer chir. Ges. Sitzg. vom 9. Dez. 1912. Sitzg. vom 9. Dez. 1912. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 421 u. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 2209.
215. — Über eine neue Form der angeborenen Halsfistel. Ebenda.

216. *Küttner, Die Hyomandibularfistel, eine neue Form der angeborenen Halsfistel. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. Nr. 11.
217. — Angeborene Elephantiasis. Schles. Ges. f. vaterländ. Kultur. Sitzg. vom 1. Nov. 1912. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 88. (Fünf Fälle.)
218. Kuntzsch, Zyklop. Ges. f. Geb. u. Gyn. Berlin. Sitzg. vom 24. Jan. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 73. p. 949.
218a. Kutateladse, Ein Fall von Akranie. Wratsch. Gaz. Nr. 8. (Das Kind wog $17^1/_2$ Pfund, wurde asphyktisch geboren und nicht wiederbelebt.) (H. Jentter.)
219. Kyle, W. S., Spina bifida. Journ. of Jowa State Med. Soc. Clinton. Bd. 2. Nr. 6.
220. Lackmann, Doppelseitige kongenitale Coxa vulga. Ärztl. Verein Hamburg. Sitzg. vom 17. Dez. 1912. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 49.
221. Laewen, Über einen Fall von kongenitaler Wirbel-, Bauch-, Blasen-, Genital- und Darmspalte mit Verdoppelung des Cökums und des Wurmfortsatzes. Zieglers Beitr. f. path. Anat. u. allg. Path. Bd. 55. Heft 3.
222. La Fétra, L. E., Early case of chondrodystrophy with radiogram and necropsy. Amer. Journ. of dis. of childr. Bd. 5. Nr. 1.
223. Lance, M., Coxa valga subluxans congénitale. Revue d'orthop. Nr. 1.
224. — Scoliose congénitale. Bull. de la Soc. de Péd. Bd. 15. Nr. 3.
225. Lange, Kongenitale Skoliose. Bull. de la Soc. de Péd. de Paris. Nr. 3. p. 167.
226. Langmead, F., Imperfect ossification of the cranial vault. R. Soc. of Med. Sect. of dis. of childhood. Sitzg. vom 28. März. Brit. med. Journ. Bd. 1. p. 769.
227. Landois, Über kongenitale epitheliale Zysten und Gänge. Breslauer chir. Ges. Sitzg. vom 9. Dez. 1912. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 421.
228. Lattmann, Coxa valga congenita. Ärztl. Verein Hamburg. Sitzg. vom 17. Dez. 1912. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 483.
229. Lazarraga, J., Beitrag zur Kenntnis der angeborenen Luxationen im Kniegelenk nach hinten. Med. Klinik. Bd. 9. p. 1037.
230. Lebedew, D., Eine seltene Kombination von drei angeborenen Anomalien: Urachusfistel, Nabelstrangbruch und Kryptorchismus bei einem Kinde. Arch. f. Kinderheilk. Bd. 59. Heft 3/4.
231. Le Breton, P., Two cases of congenital absence of fibula. Amer. Journ. of Orth. Surg. Bd. 10. Nr. 3.
232. Lefour und Balard, Hernie étranglé à la naissance chez un achondroplasique. Soc. d'obst., de gyn. et de péd. de Bordeaux. Sitzg. vom 10. Okt. 1912. Journ. de Méd. de Bordeaux. Bd. 84. p. 139. (Sektionsbefund.)
233. — — Malformation congénitales identiques chez des jumaux syphilitiques. Journ. de Méd. de Bordeaux. Bd. 84. p. 559 u. 562. (Spina bifida lumbosacralis und rechtsseitiger Klumpfuss bei zwei eineiigen Zwillingen, von denen der eine auch hydrozephalisch war.)
234. Leitao, M., Case of congenital myxoma of feet. Amer. Journ. of Dis. of Childr. Chicago. Bd. 5. Nr. 5.
235. Lerda, G., Behandlung der Syndaktylie. Zentralbl. f. Chir. Bd. 40. p. 1396.
236. Letulle, M., Cholangiectasies congénitales. Presse méd. Bd. 21. Nr. 10.
237. Levi, J., Über angeborene Hirnbrüche. Inaug.-Diss. München 1912.
238. Levy, R., Angeborene Trichterbrust, Rippendefekt, Pektoralisdefekt, Lungenhernie und Fehlen der Mamilla. Breslauer chir. Ges. Sitzg. vom 9. Dez. 1912. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 422. (Zugleich Dexiokardie.)
239. Lewy, J., Angeborene Skoliosen. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 558.
240. Liébault, Malformation congénitale de la voûte palatine chez deux soeurs. Soc. anat.-clin. de Bordeaux. Sitzg. vom 5. Mai. Journ. de Méd. de Bordeaux. Bd. 84. p. 583. (Kammförmige Hyperostose der Medianlinie.)
241. Liebich, E., Über einen Fall von Transposition der grossen Gefässe. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 570.
241a. Lindqvist, L., Fall von seltener Missgeburt (Acardiacus). Verhandl. d. obst.-gyn. Sekt. d. Ges. schwed. Ärzte. Stockholm. Hygiea. Nr. 12. (Silas Lindqvist.)
42. Loening, K., Polydaktylie. Ärzteverein Halle. Sitzg. vom 29. Jan. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 838.
243. Loewenstein, Hemmungsmissbildungen an der oberen und unteren Extremität. Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. 31. Heft 3/4. (An Fingern und Zehen, Madelungsche Difformität, Schädelasymmetrie.)

244. Loewenstein, Zwei Fälle von kongenitalen Lidanomalien. Verein deutsch. Ärzte in Prag. Sitzg. vom 18. April. Prager med. Wochenschr. Bd. 38. p. 358. (Ptosis, Lid, Kolobom, Eversion der lateralen Hälfte der Unterlider.)
245. Lorenz, A., Fall von doppelseitigem angeborenen Defekt des Radius. Wiener med. Wochenschr. Bd. 63. p. 1052.
246. — Angeborene Zyanose. Ärzteverein Steiermark. Sitzg. vom 13. Dez. 1912. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 26. p. 1679. (Zwei Fälle, wahrscheinlich Defekt im Ventrikelseptum.)
247. Luker, S. G., Difficult labour caused by foetal ascites. Lancet. Bd. 1. p. 1309.
247a. Lutzkaja, Ein Fall von Missgeburt. Verhandl. d. Ärztevereins zu Rostow am Don und Nachitschewan. (Multiple Verwachsungen der Finger an Händen und Füssen. An letzteren ausserdem zu je einem sechsten Finger.) (H. Jentter.)
248. Maass, H., Die kongenitale Vorderarmsynostose. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 704 u. 918.
249. Mc Donald, A. L., Congenital atresia of the duodenum. Amer. Journ. of Med. Sciences. Bd. 146. p. 28.
250. Mc Lannahan, J. G., Fetal goître. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 712.
251. Mader, Doppelseitige angeborene Missbildung des Gehörorgans. Ärztl. Verein München. Sitzg. vom 15. Jan. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 956. (Atresie des Gehörgangs und Verkümmerung der Ohrmuscheln.)
252. Marek, R., Ruptur einer Nabelschnurhernie intra partum. Casopis lék. česk. Nr. 45. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 293.
252a. Markow, Über kongenitale Tumoren des Kreuzbeins und Spina bifida mit Verdoppelung des Rückenmarks. Chirurgia. 1912. Okt. (Ein operierter Fall von Spina bifida und Diastematomyelia bei einem 20 Monate alten Mädchen.) (H. Jentter.)
253. Martius, K., Fall von persistierender wahrer Kloake mit bandförmigem Ovarium und anderen seltenen Missbildungen im Urogenitalsystem. Frankfurter Zeitschr. f. Path. Bd. 12. Heft 1.
254. Marx, Meningo-Encephalocele occipitalis. Deutsche otol. Ges. 22. Vers. Stuttgart. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 1568.
255. Matzumoto, Sh., Kongenitale Schleimhautzysten an der Rhaphe. Dermat. Wochenschrift, Bd. 57. Nr. 40.
256. Mauclaire, Mégacôlon. Soc. de Chir. de Paris. Sitzg. vom 22. Jan. Gaz. des Hôp. Bd. 86. p. 187. (Bei einem Neugeborenen durch anorektale Verengerung.)
257. Mayer, L., Congenital arterior subluxation of the knee. Amer. Journ. of orthop. Surg. Bd. 10. p. 411.
258. Mayerhofer, E., Osteopsathyrosis foetalis. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. Wien. Sitzg. vom 8. Mai. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 26. p. 954.
259. Metman, M., Fall von Cyklopie. Nederl. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. Bd. 21. Heft 3/4.
260. Meyer, O., Die Hirschsprungsche Krankheit (Megacolon congenitum). Med. Klinik. Bd. 9. p. 959. (Übersichtsreferat.)
261. Meyer, R., Nebennieren bei Anencephalie. Virchows Arch. Bd. 210. Heft 1/2. (Bei etwa der Hälfte der Anencephalen sind die Nebennieren einseitig oder doppelseitig zugrunde gegangen, sie können aber auch normal angelegt und hyperplastisch sein.)
262. Michaelis, P., Achsendrehung des Dünndarms und des Colon descendens bei einem Neugeborenen. Wiener klin. Rundschau. Bd. 27. p. 662.
262a. Mitchell, J. E., Urachal fistula. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 984. (Neugeborenes Kind; Spontanverschluss der Fistel.)
263. Mohr und Herzog, Angeborene Herzfehler. Med. Ges. Leipzig. Sitzg. vom 15. Juli. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 2381. (Defekt im Vorhofseptum.)
264. Morestin, Difformité congénitale du nez. Soc. de Chir. Paris. Sitzg. vom 8. Jan. Gaz. des Hôp. Bd. 86. p. 61. (Mediane Spaltung der Nase und der Lippe.)
265. Morgenstern, K., Über kongenitale hereditäre Ankylose der Interphalangealgelenke. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 82. p. 508.
266 Morison, R., und H. Drummond, Congenital stricture lower end of oesophagus Lancet. Bd. 1. p. 1021.
267. Moser, Beiderseitige kongenitale radio-ulnare Synostose der Ellbogengegend. Ärztl. Bez.-Verein Zittau. Sitzg. vom 6. März. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 800.
268. Motzfeldt, K., Angeborene Herzfehler. Norsk. Mag. f. Laegevidensk. Nr. 7. Ref. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 1802. (Unter 825 Sektionen von Neugeborenen

sechs Fälle = 0,7 %. Am häufigsten Septumdefekte, Pulmonalatresie, Stenosen, gemeinsamer Arterienstamm. Endokarditis, offener Ductus Botalli.)
269. Müller, E., Angeborene Herzfehler. Ärztl. Verein Marburg. Sitzg. vom 7. Dez. 1912. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 215.
270. Müller, G., Ossärer Schiefhals. Berl. orthopäd. Ges. Sitzg. vom 3. Nov. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 2426.
271. Nebesky, O., Über einen operierten Fall von angeborener Sakralgeschwulst. Gyn. Rundschau. Bd. 7. p. 773 u. Casop. lék. česk. Nr. 44.
272. Neuhof, Angeborener Schulterhochstand (Sprengelsche Deformität). Familiärer Typ. Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. 31. Heft 3/4.
273. Niemann, A., Angeborener Verschluss der Gallenwege. Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 4. Heft 2.
274. Norbury, L. E. C., Malformations of the head and face. Med. Soc. of London. Sitzg. vom 14. April. Lancet. Bd. 1. p. 1170. (Akzessorische Ohrmuschel, Makrostomie, Verschluss der Stirnfontanelle, Deformität der Nase und linksseitige Hirnhauttrübung.)
275. Nové-Josserand und Michel, Pseudarthrose congénitale des deux os de la jambe. Soc. des scienc. méd. de Lyon. Revue de Chir. Bd. 48. p. 982.
276. Oechsner, J. F., Cleft palate. New Orleans Med. and Surg. Journ. Bd. 65. Nr. 10.
277. Oertel, Chr., Ein Fall von Pseudoatresie der Scheide und des Uterus bei persistierender Kloake und Uterus duplex cum vagina duplici septa. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 75. p. 137. (Ausserdem Obliteration der Ureteren und geringe Erweiterung des Nierenbeckens.)
278. O'Kelly, W. D., Congenital sacral tumours. R. Acad. of Med. in Ireland. Sect. of Pathol. Sitzg. vom 30. Mai. Dublin Journ. of Med. Science. Bd. 136. p. 214.
279. Oldekop, Ein Fall von kombinierter Missbildung: Hernia cerebri, Anus vestibularis Aplasia digiti. Journ. akusch. i shensk. bol. März. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 384. (Bei der 42jährigen IXpara wurde nach Abgang des Fruchtwassers die dem Kindskopf aufsitzende Hernie getastet. Oldekop betont die lange Geburtsdauer (28 Stunden, früher 2—12 Stunden), abnorm lange Schwangerschaftsdauer (328 Tage). Frucht weiblich, 3990 g schwer, 48 cm lang. Die Hernie (Hydrencephalocele occipitalis superior) sass der kleinen Fontanelle gestielt auf. Umfang 34 cm, vertikaler Durchmesser 17 cm, frontookzipitaler 10, frontaler 4. Schädel mikrozephalisch (Krötenkopf). Die Missgeburt lebte drei Tage. Sektionsbefund: der Bruchsack enthielt 210 ccm Blut und 184 g Hirnmasse, während der Schädel nur 136 g Hirnmasse enthielt. Ätiologisch wäre der Alkoholismus des Vaters hervorzuheben.)
(H. Jentter.)
280. Ollerenshaw, R., Sacrococcygeal tumors. Annals of Surg. Bd. 58. p. 385. (Grosses Teratom.)
281. Ombrédanne, Bec-de lièvre. Soc. de Chir. Paris. Sitzg. vom 19. Nov. Gaz. des Hôp. Bd. 86. p. 2130. (Operation am dritten Lebenstage.)
281a. Orioli, L., Caso di vicio congenito del corazon; persistenca del orificie de Botal con estenosis de la pulmonar. Semana med. Buenos Aires. Bd. 20. Nr. 27.
282. Pagenstecher, Grundbegriffe der Teratologie des Auges. Deutsche ophthalm. Ges. 39. Kongr. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 1512.
283. Parcelier, Cas de fistule congénitale de la lèvre supérieure. Soc. anat.-clin. de Bordeaux. Sitzg. vom 5. Mai. Journ. de méd. de Bordeaux, Bd. 84. p. 585.
284. Parin, W., Angeborene präsakral sitzende Geschwülste. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 123. Heft 5/6.
285. Park, R., A report of 14 cases of spina bifida and one of sacrococcygeal tumor. Buffalo med. Journ. Bd. 68. Nr. 8.
286. Pearson, W., Congenital tumour of the gum. R. Ac. of Med. in Ireland. Section of Pathol. Sitzg. vom 14. Febr. Brit. Med. Journ. Bd. 1. p. 612. (Zahnfleischtumor, wahrscheinlich Teratom.)
287. Peltesohn, Kongenitale Missbildung der unteren Extremitäten. Berl. orthopäd. Ges. Sitzg. vom 6. Jan. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 482 u. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 731. (Doppelseitige Knieankylose, Fibuladefekte, Klumpfüsse, Ektrodaktylien.)
288. Perrin, M., Oblitération congénitale de l'intestin grêle. Revue d'orthop. Nr. 2.
289. Pery, Cas de malformation congénitale. Soc. d'obst., de gyn. et de péd. de Bordeaux. Sitzg. vom 23. Juli 1912. Journ. de Méd. de Bordeaux. Bd. 84. p. 45. (Symmetrische

Missbildung beider Vorderarme mit Oligo- und Syndaktylie, Hasenscharte, Atrophie beider Ohrmuscheln, Exophthalmie; wird auf Versehen zurückgeführt.)

290. Pery, A propos d'un cas d'hydrocéphalie. Soc. d'obst., de gyn. et de péd. de Bordeaux. Sitzg. vom 11. Febr. Journ. de Méd. de Bordeaux. Bd. 84. p. 295.

291. Peters, Angeborene Staphylome. Berl. ophthalm. Ges. Sitz. vom 17. Nov. 1912. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 41.

292. Petit de la Villéon, Absence de l'anus avec abouchement anormal du rectum; opération rectoplastique. Soc. d'obst:, de gyn. et de péd. Sitzg. vom 14. Jan. Journ. de Méd. de Bordeaux. Bd. 84. p. 361. (Anus scrotalis.)

293. — Polydactylie symétrique des quatre membres; bec-de-lièvre médian. Soc. d'obst., de gyn. et de péd. de Bordeaux. Sitzg. vom 13. Mai. Journ. de Méd. de Bordeaux. Bd. 84. p. 611.

294. Petrivalsky, J., Multiple kongenitale Dünndarmatresie. Casop. lék. česk. Nr. 23 ff. Ref. Zentralbl. f. Chir. Bd. 40. p. 1690.

295. Pfanner, Über einen Fall von mehrfacher Missbildung. 85. Vers. deutsch. Naturf. u. Ärzte. Abteil. f. Chir. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 2252. (Blasendivertikel, Kreuzbeinspalte und Urachusspalte.)

296. Pfreimbter, Über sog. angeborene Wassersucht. Naturwiss.-med. Ges. Jena. Sitzg. vom 27. Febr. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 656.

297. Piazza, E. L., Contributo alla conoscenza delle formazione congenite mediane del collo. Policlinico, Sez. chir. Bd. 20. Nr. 11.

298. Pick, L., Kongenitaler Riesenwuchs bei Mensch und Säugetier. Vereinigung z. Pflege d. vergl. Pathologie. Sitzg. vom 30. Jan. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 991.

299. Pieri, G., Spina bifida. Annali di med. e chir. infant. 15. Febr.

300. Plaut, M., Über zwei weitere Fälle von Defekt des Herzbeutels. Frankfurter Zeitschr. f. Path. Bd. 12. Heft 1. (Entstehung der Missbildung in der fünften Embryonalwoche.)

300a. Podobed, Ein Fall von kombinierter Missbildung des Urogenitalapparates. Charkowsky Med. Journ. 1912. Sept. (Die Sektion des an postoperativer Peritonitis gestorbenen Mädchens ergab: totalen Mangel der rechten Niere, deren Gefässe und des Harnleiters, Uterus bicornis duplex mit Atresie der rechten Hälfte der Gebärmutter und Aplasie des Scheidenteils, Defekt des rechten Lig. latum und ovarii proprium und abnorme Lage des rechten Ovars.) (H. Jentter.)

301. Pol, Die Hypermelie beim Menschen. Naturhist.-med. Verein Heidelberg. Sitzg. vom 18. Nov. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 2924.

302. Poppert, Angeborener Schulterhochstand. Med. Ges. Giessen. Sitzg. vom 11. Febr. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 1020.

303. Port, Angeborene Hüftgelenksluxation. Ärztl. Verein Nürnberg. Sitzg. vom 18. Sept. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 2382.

304. Poynton, F. J., Congenital family cholemia. Proceed. of R. Soc. of Med. Section for the study of Dis. in children. 1912. VI. Nr. 5.

305. Prochocki, A., Acrania cum exencephalia et fissura sterno-abdominali cum extrophia a viscerum. Gaz. Lek. 1912. Nr. 38.

306. Pusch, A., Über den Geburtsmechanismus beim Thorakopagus. Inaug.-Diss. Breslau.

307. Rabinowitsch, P., Steisstumoren als Geburtshindernis. Inaug.-Diss. Berlin.

308. Rachmanow, A., Fall von Encephalocele occipitalis (Hirnbruch ohne Zystenbildung). Arch. f. Kinderheilk. Bd, 60/61. Festschr. f. Baginsky u. Frankf. Zeitschr. f. Path. Bd. 13. Heft 3.

309. Radwanska, W. v., Der angeborene gänzliche Prolapsus uteri bei einem mit Spina bifida behafteten Neugeborenen. Gyn. Rundschau. Bd. 7. p. 515 u. Przegl. Lek. 1912. Nr. 7.

310. Ranke, O., Zytoarchitektonik der Grosshirnrinde bei Zyklopie. 38. Wandervers. d. südwestdeutsch. Neurologen u. Irrenärzte. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 1511.

311. Raubitschek, H., Zur Kenntnis der Bildungshemmung des Mastdarms und der Harnblase. Frankf. Zeitschr. f. Path. Bd. 13. Heft 3 u. Arch. f. Kinderheilk. Bd. 60/61. Festschr. f. Baginsky. (Defekt des Rektum, der Blase und Harnröhre, Hufeisenniere, Einmündung der Ureteren in die Scheide, als geringgradige Sirenenbildung erklärt.)

312. Rautmann, H., Fötale allgemeine Wassersucht. Beitr. z. path. Anat. u. allg. Path. Bd. 54. Heft 2.

313. Reclus, Le rétrécissement congénital du rectum. Presse méd. Nr. 4.
314. Reed, E. N., Infant disemboweled at birth; appendectomy successful. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 61. p. 199. (Nabelschnurbruch mit Ruptur und Vorfall der Gedärme; Wurmfortsatz kontusioniert und geschwollen; Operation, Heilung.)
315. Reid, J., Myelocele and Meningoencephalocele. Brit. med. Journ. Bd. 1. p. 338.
316. Reinecke, Spina bifida. Ärztl. Kreisverein Braunschweig. Sitzg. vom 26. April. Med. Klinik. Bd. 9. p. 1347. (Sack während der Geburt geplatzt; Verbildungen an den Füssen.)
317. Reinhardt, Situs viscerum inversus totalis bei Zwillingen. Deutsche mil.-ärztl. Zeitschr. 1912. Nr. 24.
318. Reiss, F., Hernia diaphragmatica congenita. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 77. Heft 5.
319. Remy, S., Bemerkung über die Färbung des Fruchtwassers bei einem Fall von fötaler Nabelschnurhernie. Bull. d. l. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris. Juli. (Fruchtwasser zitronen- bis safrangelb, durch Darmruptur und Austritt gelben galligen Inhalts.)
320. Remy, A., und C. Tairise, Struma congenita. Annales de méd. et chir. infantiles. 1. April.
321. Rendu, A., und Loaec, Hypertrophie congénitale des premier et deuxième orteils. Revue d'orthop. Nr. 2.
322. — und H. Verrier, Absence partielle du sacrum. Revue d'orthop. Nr. 4.
323. Rischbieth, H., Congenital hernia of diaphragm through esophageal opening. Austral. Med. Gaz. Sydney. Bd. 33. Nr. 17.
324. Reyher, P., Bemerkenswerte Ossifikationsbefunde an den Händen bei fötaler Chondrodystrophie. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 20. Heft 4.
325. Rhu, A., Embryonale Halszyste und Nabelschnurbruch. Annals of Surg. Bd. 57. p. 144. (Erfolgreiche Operation.)
326. Richardson, Surgical diseases of the abdomen and uterus complicating pregnancy. Transact. of the Amer. Surg. Assoc. Bd. 30. Ref. Zentralbl. f. Chir. Bd. 40. p. 939.
327. Rischbieth, H., Congenital club hand, congenital partial radius defect etc. Australas. Med. Gaz. Sydney. Bd. 34. Nr. 12.
328. Risel, Zwei Acardii amorphi. Zwickauer med. Ges. Sitzg. vom 8. April. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 1572.
329. — Persistenz der Kloake mit Atresie der Harnröhre, Persistenz der Dottervenen. Ebenda.
330. — Atresia ani urethralis, Persistenz des Dotterganges, Defekt der Gallenblase. Ebenda.
331. Rizzath, Amorphus. Geb.-gyn. Ges. d. Emilia u. d. Marken. Sitzg. vom 18. Mai. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 38. p. 605.
332. — Zwei Hydrocephali. Ebenda.
333. Robson, W. M., und N. B. Odgers, Complete congenital absence of both radii. Proc. of the R. Soc. of Med. Ref. Med. Record. New York. Bd. 84. p. 1170.
334. Rochat, G. F., Erkrankung der sekundären Augenblase als Ursache einer angeborenen Missbildung des Auges. Tijdschr. v. Geneesk. Nr. 18.
335. Rocher, Pronation congénitale par dysplasie articulaire radiocubitale supérieure et malformation de l'extrémité supérieure du radius; synostose radio-cubitale supérieure. Soc. anat.-clin. de Bordeaux. Sitzg. vom 25. Nov. 1912. Journ. de Méd. de Bordeaux. Bd. 84. p. 106.
336. — H. L., Les raideurs articulaires congénitales multiples. Journ. de Méd. de Bordeaux. Bd. 84. p. 772 u. 798 ff.
337. — und Boisserie-Lacroix, Hémiatrophie faciale congénitale avec malformation de l'oreille et hypoplasie du muscle sternocleidomastoïdien. Soc. anat.-clin. de Bordeaux. Sitzg. vom 15. Sept. Journ. de Méd. de Bordeaux. Bd. 84. p. 842.
338. — und R. Villar, Hypertrophie congénitale de l'avant-pied droit. Clinodactylie du premier orteil, syndactylie des 2. et 3. orteils, bifidité du 3. orteil. Soc. anat.-clin. de Bordeaux. Sitzg. vom 9 Dez. 1912. Journ. de Méd. de Bordeaux. Bd. 84. p. 235.
339. — — Malformation multiples. Soc. anat.-clin. de Bordeaux. Sitzg. vom 9. Juni. Journ. de Méd. de Bordeaux. Bd. 84. p. 629. (Fehlen des Rektums, Einmündung des Darms in die Urethra prostatica, doppelseitige Zystenniere, Verdoppelung des Ureters mit Anastomose mit der Vas deferens, Hypertrophie des Pylorus etc.)
340. Roismann, S., Ausdehnung der kindlichen Harnblase mit gleichzeitigem Aszites als Geburtshindernis. Inaug.-Diss. Berlin 1912. (Atresie des Ostium urethrae externum.)
341. Rolland, W., A case of ectopia cordis. Brit. Med. Journ. Bd. 2. p. 121.

342. Roschke, E., Fall von doppelseitigem Radiusdefekt. Inaug.-Diss. München 1912. (Röntgenabbildung.)
343. Rosenfeld, Angeborener Schulterblatthochstand. Ärztl. Verein Nürnberg. Sitzg. vom 5. Dez. 1912. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 561.
344. Rovsing, Th., Spina bifida mit starkem Haarwuchs und Atrophie der Zehen. Dansk. kir. Selskab. Hospitalstid. Bd. 56. Nr. 20.
345. Rüder, Missbildungen bei Neugeborenen. Geb. Ges. Hamburg. Sitzg. vom 18. Febr. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 739. (Fälle von Kniegelenksluxation durch Amniondruck, Syndaktylie und Anencephalie.)
346. — Phokomelos. Geb. Ges. Hamburg. Sitzg. vom 29. April. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 1073.
347. — Chondrodystrophie. Geb. Ges. Hamburg. Sitzg. vom 27. Mai. Ebenda. p. 1076.
348. Rumpel, Entstehung der Doppelbildungen und dreiblätterigen Teratome. Zentralbl. f. path. Anat. Bd. 24. Heft 16. (Erklärt die extragenitalen Teratome als parasitäre Doppelbildungen und führt die genitalen auf Blastomeren zurück.)
349. Rupprecht, J., Microphthalmus congenitus. Ges. f. Natur- u. Heilk. Sitzg. vom 1. Febr. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 895.
350. Russel, A. W., und A. M. Kennedy, Teratoma of thyroid in fetus. Journ. of Obst. and Gyn. of Brit. Emp. Bd. 23. Nr. 2.
351. Saalmann, Spina bifida. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 120. Heft 3/4.
352. Sachs, Über einen Holoacardiacus mit gut ausgebildetem Rumpf, Extremitäten und Kopfskelett. Nordostdeutsche Ges. f. Gyn. Sitzg. vom 1. Febr. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 37. p. 523 u. 639.
353. Salzer, Hirschsprungsche Krankheit. Ges. d. Ärzte Wien. Sitzg. vom 20. Dez. 1912. Wiener med. Wochenschr. Bd. 63. p. 56.
354. Saner, J. G., Congenital lipoma of the sole of the foot with hypertrophy of the second and third toes. Med. Soc. of London. Clin. Section. Sitzg. vom 2. Mai. Lancet. Bd. 10. p. 1313.
355. — Congenital hypertrophy of the right leg; scoliosis. Ebenda.
356. Sauvage, C., De l'oedème généralisé du foetus. Annales de gyn. et d'obst. 2. Serie. Bd. 10. p. 385.
357. Schäfer, F., Fall von angeborener Pylorusstenose (Typus Landerer-Maier) beim Säugling. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 76. Heft 6.
358. Scheffzek, Sakralparasit. Gyn. Ges. Breslau. Sitzg. vom 4. März. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 37. p. 1008.
359. Schemensky, W., Zur Röntgendiagnostik der Chondrodystrophia foetalis. Zeitschr. f. Röntgenkunde. 1912. Heft 11.
360. Schindler, Fall von falscher Meningocele. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 27. Heft 2.
361. Schnabl, F., Über eine eigentümliche Missbildung der Gesichtshaut und der Augenlider. Arch. f. Dermat. u. Syphilis. Bd. 115. Heft 6. (Runzelförmige Hautwülste auf der Stirne und rudimentär entwickelte Lider mit fehlendem Lidverschluss.)
362. Schols, Dicephalus mit Meningocele spinalis. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1911. I. Nr. 11.
363. Schultze, E., Angeborene familiäre Kontraktur der Gelenke des kleinen Fingers. Zentralbl. f. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 16. Heft 5/6.
364. Schumann, E. A., Observations upon the formation of terata. Amer. Journ. of Obst. Bd. 67. p. 1159.
365. Schuster, Angioma carcinosum im Herzen eines Neugeborenen. Lwowski Tygodn. Lek. 1912. Nr. 52.
366. Schwalbe, E., Die Morphologie der Missbildungen der Menschen und Tiere. Jena 1912. G. Fischer. 7. u. 8. Lieferung.
367. — Morphologie der Missbildungen. Teil III. Lieferung 9. (Die Gesichtsspalten von C. Grünberg.) Jena, Fischer.
368. — Morphologie der Missbildungen. III. Teil. 10. Lieferung. Die Einzelmissbildungen; die Gewebsmissbildungen von G. Herxheimer. Jena, Fischer.
369. Schwarz, Beitrag zur Kenntnis der geschwänzten Menschen. Arch. di Antrop. crim. etc. Bd. 34. Heft 1.
370. Seefelder, Verschluss der fötalen Augenspalte. Deutsche ophthalm. Ges. 39. Kongr. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 1512.
371. — Missbildung des Sehnerveneintritts, Tumor der Sehnerven und Epidermoidzyste. Ebenda.

372. Sergi, Mikrocephalie. Arch. di Antrop. crim. Bd. 5. Heft 6.
373. Sheill, Sp., Congenital cystic tumour. R. Ac. of Med. in Ireland. Section of Obst. Sitzg. vom 18. April. Dublin Journ. of Med. Science. Bd. 136. p. 57. (Am Abdomen in der rechten Mammillarlinie.)
374. Siegert, Zur Pathologie des angeborenen und erworbenen Myxödems. 85. Vers. deutsch. Naturf. u. Ärzte. Abt. f. Kinderheilk. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 2374. (Folge des Fehlens der ersten Schilddrüsenanlage, häufiger der intrauterin verkümmernden, weil unvollständig deszendierenden Schilddrüsenanlage oder der Atrophie der schon entwickelten Schilddrüse.)
374a. Siengalewicz, Nekropsiebefund eines Neonaten: Thorakale Ektopie der Baucheingeweide. Lwowski Tygodnik Lekarski. Nr. 17. p. 309. (Polnisch.) (v. Neugebauer.)
375. Simpson, Congenital anomalies connected with umbilical structures. Liverpool Med. Inst. Sitzg. vom 9. Jan. Lancet. Bd. 1. p. 245. (Drei Fälle von Nabelschnurbruch, operiert, zwei mit Erfolg.)
376. Smith, C., The congenital absence of ribs; report of case with complete absence of the left seventh and eighths ribs. Journ. of Amer. Med. Assoc. Bd. 60. p. 895.
376a. De Snoo, Missbildung. Ned. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. 22. 3. (Ein Herz mit fehlender rechter Kammer, das von einem Kinde herrührt, welches drei Wochen nach der Geburt starb. Es war spontan und rechtzeitig geboren und wog 3,620 kg, zeigte typischen Morbus coeruleus und hatte heftige Anfälle von Dyspnoe, in denen es schliesslich blieb. Das Herz weist nur eine Kammer auf, nämlich die linke. Linke Brust normal. Foramen ovale offen; rechte Brust normal, Valvula tricuspidalis fehlt. Art. aorta und pulmonalis normal; Ductus Botalli erweitert. Art. pulmonalis endet blind in der linken Kammerwand.) (Mendes de Leon.)
376b. Solowij, Holoacardiacus ,ausgestossen drei Stunden nach Spontangeburt eines lebenden reifen Kindes von einer 37jährigen IIpariens, mit Bemerkungen über die Ätiologie der Verunstaltung einer Frucht bei eineiigen Zwillingen. Lwowski Tygodnik Lek. Nr. 17. p. 309. (Polnisch.) (v. Neugebauer.)
377. Speese, J., Case of hydrocephalus. Arch. of Pediatr. New York. Bd. 30. Nr. 8.
378. Spitzy, Mehrfache Missbildungen des Vorderarms und der Hand. Ges. d. Ärzte Wien. Sitzg. vom 31. Okt. Wiener med. Wochenschr. Bd. 63. p. 2983. (Synostose von Ulna und Radius, Pronationsstellung der Hand.)
379. Spriggs, N. J., Congenital intestinal occlusion. Midland Obst. and Gyn. Soc. Sitzg. vom 4. März. Brit. med. Journ. Bd. 1. p. 669. (24 nicht veröffentlichte Fälle.)
380. Ssetschko, A., Ein Fall von Missgeburt. Journ. akusch. i shensk. bolesn. Febr. Ref. Zentralbl. f. Gyn. Bd. 38. p. 296. (Die Missgeburt war 36 cm lang, $7^1/_2$ Pfund schwer, kam in Steisslage. An allen Extremitäten waren die peripheren Teile amputiert, die Arme in den Ellbogen-, die Beine in den Kniegelenken. Plazenta normal. Nasenknochen abnorm breit. Trismus des Unterkiefers. Das Kind starb nach zwei Tagen. Die Sektion erwies nur rechts Gelenkflächen und ein rudimentäres Olekranon. Röntgen- und Lichtbild sind beigelegt.) (H. Jentter.)
381. Stauffer, P., Cas de défect partiel congénital de la colonne vertébrale et de la moelle épinière avec fente thoraco-abdomino-pelvienne. Revue méd. de la Suisse Romande. Bd. 33. p. 97.
382. Steinert, E., Angeborene Atresie des Ösophagus; Gastrostomie. Prager med. Wochenschr. Bd. 38. p. 447. (Exitus; Einmündung des Ösophagus in die Trachea.)
383. Steinhardt, J., Spontanheilung von Missbildungen. Nürnberger med. Ges. u. Poliklinik. Sitzg. vom 12. Dez. 1912. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 236. (Hasenscharte und Wolfsrachen.)
384. Sternberg, C., Chondrodystrophischer Fötus. Ärztl. Verein Brünn. Sitzg. vom 24. Febr. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 26. p. 559.
385. — Cor triatriatum biventriculare. Ärztl. Verein Brünn. Sitzg. vom 19. Mai. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 26. p. 1231.
386. Stettiner, H., Operative Behandlung von Missbildungen. Internat. med. Monatshefte. (Empfiehlt frühe Operation bei Hasenscharten, Gaumenspalten etc.)
387. — Atresia ani. Verein f. inn. Med. u. Kinderheilk. Berlin. Sitzg. vom 8. Dez. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 2816.
388. — Atresia ani cum fistula vestibulari. Berl. med. Ges. Sitzg. vom 28. Mai. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 1177.

389. Stewart, M. J., Fetus acardiacus amorphus. Leeds and West Riding Med.-Chir. Soc. Sitzg. vom 14. März u. 4. Dez. Brit. med. Journ. Bd. 1. p. 670 u. Lancet. Bd. 2. p. 1767.
390. Stolte, K., Kongenitale Darmstenose. Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 12. Nr. 6.
391. Strassmann, P., Junge Doppelbildung. Ges. f. Geb. u. Gyn. Berlin. Sitzg. vom 25. April. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 74. p. 997. (Gemeinsamer Rumpf, zwei untere und eine obere Extremität, zwei Köpfe, Hasenscharte, Nabelbruch; aus dem zweiten bis dritten Monat stammend.)
392. Stratz, C. H., Foetus papyraceus. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 74. p. 914.
393. v. Strümpell, Angeborene multiple Hirnnervenlähmungen und Brustmuskeldefekt. Med. Ges. Leipzig. Sitzung vom 15. Juli. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 2381.
394. Stuelp, O., Familiärer Mikrophthalmus congenitus. Graefes Arch. f. Ophthalm. Bd. 86. Heft 1. (Bei 8 von 14 Geschwistern.)
395. Sugi, K., Stenose der Gallengänge bei Neugeborenen. Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 11. Nr. 7.
396. Sutherland, G. A., und H. W. Perkins, Non development of cerebrum. R. Soc. of Med. Sect. on the study of disease in children. Sitzg. vom 24. Jan. Lancet. Bd. 1. p. 458. (Mit Blutung in die Schädelhöhle.)
397. Swiecicki, Zur Heredität erworbener Anomalien. Verhandl. d. gyn. Sect. d. XI. Vers. poln. Ärzte u. Naturf. 1911. Krakau. Ref. Gyn. Rundschau. Bd. 7. p. 795. (Mangel der zweiten und dritten Phalanx des Mittelfingers, bei Fehlen des Mittelfingers infolge Traumas beim Vater.)
398. Swoboda, V., Chondrodystrophisches Kind einer chondrodystrophischen Zwergin. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. Wien. Sitzg. vom 26. Juni. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 26. p. 1259.
399. Symmers, D., und G. H. Wallace, Pathologic changes in thyroid in cretinistic variety of chondrodystrophia fetalis. Arch. of intern. Med. Bd. 12. Nr. 1.
400. Szybowski, Mannskopfgrosser Tumor am Gesäss. Przegl. chir. i gin. Bd. 5. Heft 1. Ref. Gyn. Rundschau. Bd. 7. p. 35.
401. Thatcher, L., Case of congenital defect of abdominal muscles with anomaly of urinary apparatus. Edinb. Med. Journ. N. S. Bd. 11. p. 127. (Defekt der Bauchmuskeln, Hypertrophie und Dilatation der Blase und Harnleiter, Hydronephrose.)
402. Thomas, J. J., Total congenital absence of femur (Phokomelie). Cleveland Med. Journ. Bd. 12. Nr. 5.
403. v. Thun, Kongenitale Obliteration des Dünndarms. Hospitalstid. Nr. 30.
404. Tillmanns, Inclusio foetalis abdominalis. Freie Vereinigung d. Chir. d. Königreichs Sachsen. Sitzg. vom 3. Mai. Zentralbl. f. Chir. Bd. 40. p. 1348.
405. Timmer, Angeborener Defekt der Tibia. Holländ. Ges. f. Chir. Sitzg. vom 3. März 1912. Zentralbl. f. Chir. Bd. 40. p. 1293.
406. Toida, R., Über einen Fall von grosser, kongenitaler, sanduhrförmiger Gallenblase. Arch. f. klin. Chir. Bd. 100. Heft 4.
407. Tridon, P., Hypertrophie congénitale du pouce gauche. Revue d'orthop. Nr. 5.
408. Tscherewkow, Zusammengewachsene Zwillinge. Wratsch. Nr. 49. (Dicephalus tribrachius.)
409. Tubby, A. H., Deformities, including diseases of the bones and joints. London 1912. Macmillan and Co.
410. Uhthoff, Kongenitale Amaurose, nebst Bemerkungen über die Augensymptome bei Encephalitis. Jahresvers. d. Ges. deutsch. Nervenärzte. Breslau. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 2383.
411. Urano, T., Über einen Fall von Spina bifida. Inaug.-Diss. München 1912.
412. Usener, W., Nabelschnurbruch. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 77. Heft 2.
413. Veit, B., Nebennieren bei Hemicephalen. Med.-naturwiss. Verein Tübingen. Sitzg. vom 20. Jan. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 562. (Drei Fälle; gut entwickelte Marksubstanz und Aplasie der Rinde.)
414. Veit, K. E., Offenbleiben des Ductus omphalo-mesentericus. Arch. f. klin. Chir. Bd. 102. Heft 4. (Zwei Fälle.)

415. Velebil, A., Hemihypertrophia congenitalis. Revue v. nemosychopath. Nr. 10. Ref. Zentralbl. f. inn. Med. Bd. 35. p. 89.
416. Veszprémi, D. v., Ein mit Volvulus kombinierter Fall von Atresia ilei congenita. Erdélyer Museumsverein. Sitzg. vom 5. April. Pester med.-chir. Presse. Bd. 49. p. 233.
417. Viannay, Imperforation ano-rectale. Soc. des sciences med. de Saint-Etienne. Revue de Chir. Bd. 116. (Operation des zwei Tage alten Kindes, Exitus.)
418. Vogel, K., Familiäre Polydaktylie und Syndaktylie. Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstrahlen. Bd. 20. Heft 5. (In fünf Generationen.)
419. Van den Vrijhoef, H. C., Fall von Hirschsprungscher Krankheit. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 26. p. 1309.
420. Wachenheim, F. L., Case of mongolian idiocy with a congenital heart lesion. New York Ac. of Med. Sect. on Pediatr. Sitzg. vom 13. März. Med. Record. New York. Bd. 84. p. 318.
421. — Case of congenital meningoencephalitis. Ebenda.
422. Wachter, Kongenitale Kniegelenksluxation. Wissensch. Ärzteges. Innsbruck. Sitzg. vom 28. Febr. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 26. p. 1047. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 123. p. 190.
423. Wagner, G. A., Familiäre Chondrodystrophie. Ges. d. Ärzte Wien. Sitzg. vom 2. Mai. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 26. p. 774. Arch. f. Gyn. Bd. 100. p. 70.
424. Walther, E., Zur formalen und kausalen Genese der Brustmuskel- und Brustdrüsendefekte. Virchows Arch. Bd. 212. Heft 1.
425. Walz, Angeborene Wassersucht. Ärztl. Verein Stuttgart. Sitzg. vom 10. Okt. 1912. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 45.
426. — Osteogenesis imperfecta. Ebenda.
426a. Wasilewski, 1. Lymphangioma cavernoso-cysticum eines durch Embryotomie entwickelten missbildeten Fötus. Kindskopfgrosser Tumor an einer Seite des Brustkastens. 2. Sternothorakopagus dicephalus tetrabracchius tetrapus mit Geburtsgeschichte. Przegl. chir. i gin. Bd. 9. Heft 2. p. 236—240. (Polnisch.) (v. Neugebauer.)
427. Weber, F. P., Slight congenital deformity of the hands of a child. R. Soc. of Med. Section for the study of disease in children. Sitzg. vom 28. Febr. Lancet. Bd. 1. p. 684. (Partielle Flexion der Finger im Metakarpophalangealgelenk.)
428. — Congenital evertion of the great toes and other abnormalities. R. Soc. of Med. Section of the study of diesease in children. Sitzg. vom 28. März. Lancet. Bd. 1. p. 964. (Einwärtsdrehung der Daumen.)
429. Weber, H., Zwei Fälle von Anencephalie. Inaug.-Diss. München 1912. (In einem Falle zugleich dorsale Ausstülpung des Peritoneums bis zum Nacken mit Darmschlingen als Inhalt.)
430. Weber, W., Angeborene Duodenalatresie. Ges. f. Natur- u. Heilk. Dresden. Sitzg. vom 9. Nov. 1912. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 212 u. Med. Klinik. Bd. 9. p. 411.
431. — Nabelschnurbruch mit apfelgrossem Lebervorfall. II. Tagung d. Vereinig. sächs. Chir. vom 3. Mai. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 995. (Erfolgreiche Operation.)
432. Weihe, Totaler Rippendefekt. Wissensch. Vereinigung am städt. Krankenh. Frankfurt a. M. Sitzg. vom 8. Juli. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 1909.
433. Wendel, Meningocele occipitalis superior. Med. Ges. Magdeburg. Sitzg. vom 24. April. Münchn. med. Wochenschr. Bd. 60. p. 1802.
434. Wenglowski, Seitliche Halsfisteln und Zysten. Arch. f. klin. Chir. Bd. 100. Heft 3.
435. Wicherkiewicz, B., Angeborener Katarakt und hereditäre Lues. Przegl. lek. Nr. 1.
436. Wieland, E., Angeborene Herzfehler. Med. Ges. Basel. Sitzg. vom 3. Juli. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 2327. (Fall von angeborener Pulmonalstenose, sowie von Septumdefekt, ferner von Aplasie des Ostium venosum dextrum.)
437. Wohlauer, Bedeutung der Stereoröntgenographie für die Beurteilung der Luxatio coxae congenita. Berl. orthopäd. Ges. Sitzg. vom 7. Juli. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 1767.
438. Woolsey, G., Sacrococcygeal cyst. New York. Surg. Soc. Sitzg. vom 26. März. Annals of Surg. Bd. 58. p. 418.

439. Wrede, Kongenitaler Armdefekt. Naturwiss.-med. Ges. Jena. Sitzg. vom 7. Nov. 1912. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 39. p. 45.
440. Zarfl, Hirschsprungsche Krankheit. Ges. f. inn. Med. u. Kinderheilk. Wien. Sitzg. vom 26. Juni. Wiener klin. Wochenschr. Bd. 26. p. 1259.
441. Ziesche, Kongenitaler Herzfehler. Schles. Ges. f. vaterl. Kultur. Med. Sekt. Sitzg. vom 7. März. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 846.
442. Zimmermann, Doppelseitiger Defekt der Fibula. Unterelsäss. Ärzteverein Strassburg. Sitzg. vom 8. Nov. Berl. klin. Wochenschr. Bd. 50. p. 2306.
443. Zuber, Kongenitales Myxödem. Bull. d. l. Soc. de péd. de Paris. Nr. 2. p. 57.
444. Zurhelle, E., Osteogenesis imperfecta bei Mutter und Kind. Beitrag zur Frage der Identität dieser Erkrankung mit der Osteopsathyrosis idiopathica. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 74. p. 943 u. Med. Klinik. Bd. 9. p. 731.

Sach-Register.

Siehe stets das Einzelstichwort.

Die **fett** gedruckten Ziffern sind referiert.

A.

B.

C.

E.

F.

I.

J.

K.

L.

M.

P.

Q.

R.

S.

T.

U.

V.

Autoren-Register.

Die **fett** gedruckten Ziffern sind referiert.

B.

C.

D.

E.

F.

G.

H.

I und J.

K.

L.

M.

N.

O.

P.

Q.

R.

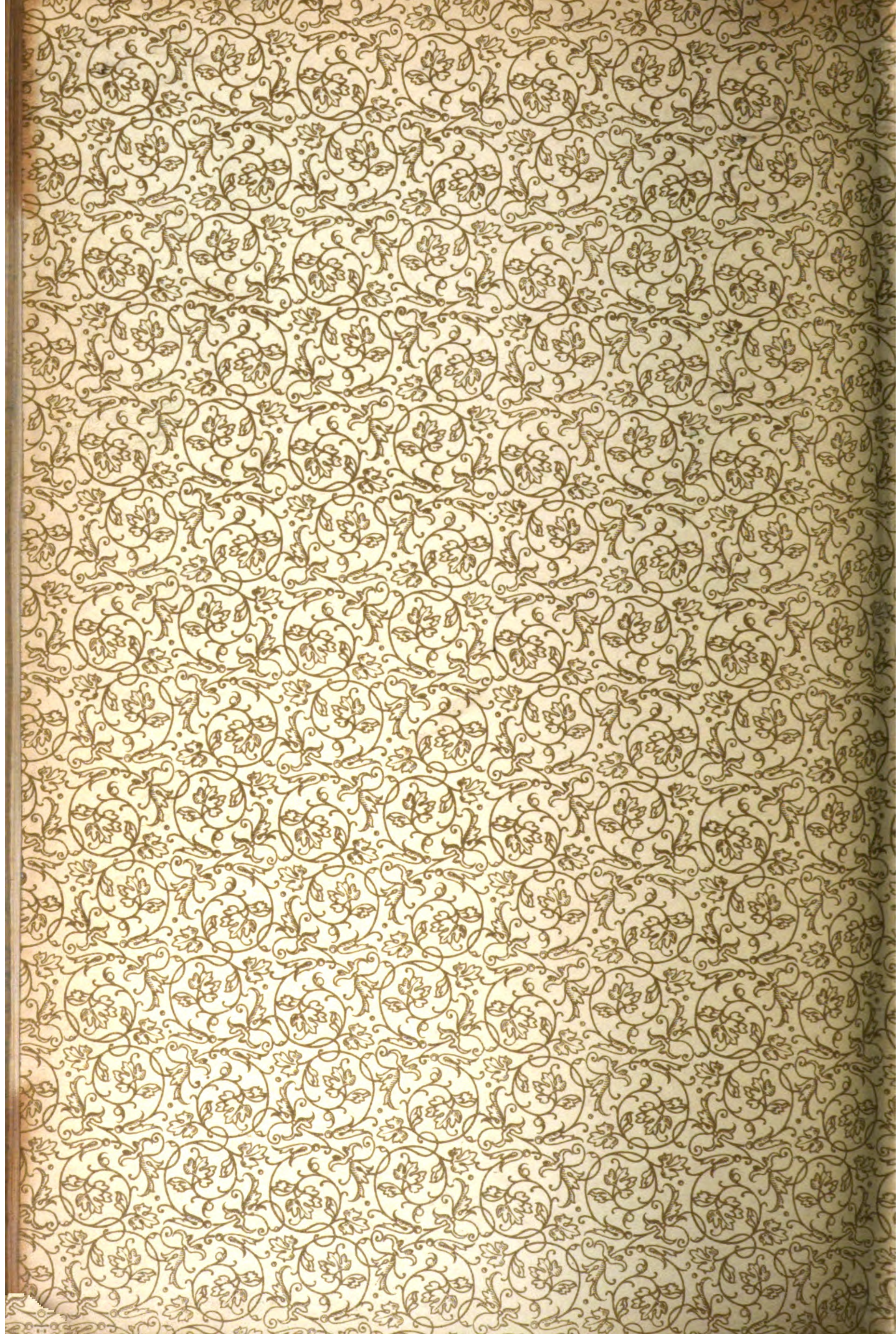
S.

T.

U.

Y.

Z.




UNIVERSITY OF MICHIGAN
3 9015 07672 2233

